

CONTRIBUTION

A L'ÉTUDE DES

ABCÈS DES PAROIS THORACIQUES

— PATHOGÉNIE & TRAITEMENT —

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 19 Juillet 1882

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

M. ERNEST GIRAUD

Né à Grenoble (Isère.)



LYON

IMPRIMERIE LUCIEN DUC & FRANCIS DEMAISON

101, Grande rue de la Guillotière, 101

Juillet 1882

CONTRIBUTION

A L'ÉTUDE DES

ABCÈS DES PAROIS THORACIQUES

— PATHOGÉNIE & TRAITEMENT —

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 19 Juillet 1882

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

M. ERNEST GIRAUD

Né à Grenoble (Isère.)



LYON

IMPRIMERIE LUCIEN DUC & FRANCIS DEMAISON

101, Grande rue de la Guillotière, 101

Juillet 1882

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET	DOYEN.
CROLAS	} ASSESSEURS.
LACASSAGNE	
PAULET	

PROFESSEURS, PROFESSEURS ADJOINTS, CHARGÉS DE COURS

Anatomie.	MM. PAULET.
Physiologie.	{ PICARD.
Anatomie générale et histologie.	{ MORAT, professeur délégué.
Anatomie pathologique.	RENAUT.
Médecine expérimentale et comparée.	PIERRET.
Chimie minérale	CHAUVEAU.
Chimie organique et toxicologie	GLENARD.
Physique médicale	CAZENEUVE, chargé de cours.
Zoologie et anatomie comparée.	MONOYER.
Pharmacie	LORTET.
Pathologie interne.	CROLAS.
Pathologie externe	BONDET.
Pathologie et Thérapeutique générales	{ BERNE.
Hygiène	{ LETIEVANT, Profes. adjoint.
Thérapeutique	MAYET.
Matière médicale et Botanique	ROLLET.
Médecine légale	SOULIER.
Médecine opératoire	CAUVET.
Cliniques médicales	LACASSAGNE.
Cliniques Chirurgicales	PONCET.
Clinique obstétricale et Accouchements	{ TEISSIER.
Clinique ophtalmologique	{ LÉPINE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	{ RAMBAUD, Profes. adjoint.
Clinique des maladies mentales.	{ OLLIER.
	{ TRIPIER, Léon.
	{ BOUCHACOURT.
	{ DELORE, Professeur adjoint.
	GAYET.
	GAILLETON.
	ARTHAUD.

COURS CLINIQUES COMPLÉMENTAIRES

Clinique des maladies des femmes.	MM. LAROYENNE. . .	Chargé du cours,
Clinique des maladies des enfants.	PERROUD.	Chargé du Cours.

PROFESSEUR HONORAIRE : M. DESGRANGES

AGRÉGÉS

CHARGÉS DES FONCTIONS D'AGRÉGÉ

MM. ARLOING.	MM. LAUKE.	MM. TEISSIER.	MM. BERGEON.	MM. DRON.
BOUVERET	LEVRAU.	VINAY.	CHANDELUX	MARDUEL.
CHAPUIS.	PERRET.	VINCENT.	CHARPY.	MOLLIÈRE.
DUCHAMP.	SICARD.		COLRAT.	R. TRIPIER.

M. ÉTIÉVANT, Secrétaire, Agent comptable.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. Léon TRIPIER, Président ; M. GAYET, Assesseur ; MM. LAROYENNE et J. TEISSIER, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÈMOIRE
DE MON PÈRE & DE MA MÈRE

Regrets éternels !

A MA TANTE

MA SECONDE MÈRE

A MA COUSINE

Reconnaissance et affection

A MA COUSINE, MADAME SIGAUD

A MES PARENTS

A MON AMI HENRI COMBET

A TOUS MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LÉON TRIPIER

INTRODUCTION

Pendant le cours de nos études, nous avons été frappé du nombre considérable d'individus atteints d'abcès froids des parois de la poitrine, qu'il nous avait été donné de voir. Quatre cas remarquables de résection des côtes pratiqués pour des abcès de ce genre par M. le professeur Léon Tripier, nous ont suggéré l'idée de prendre l'étude de cette affection comme sujet de notre thèse inaugurale.

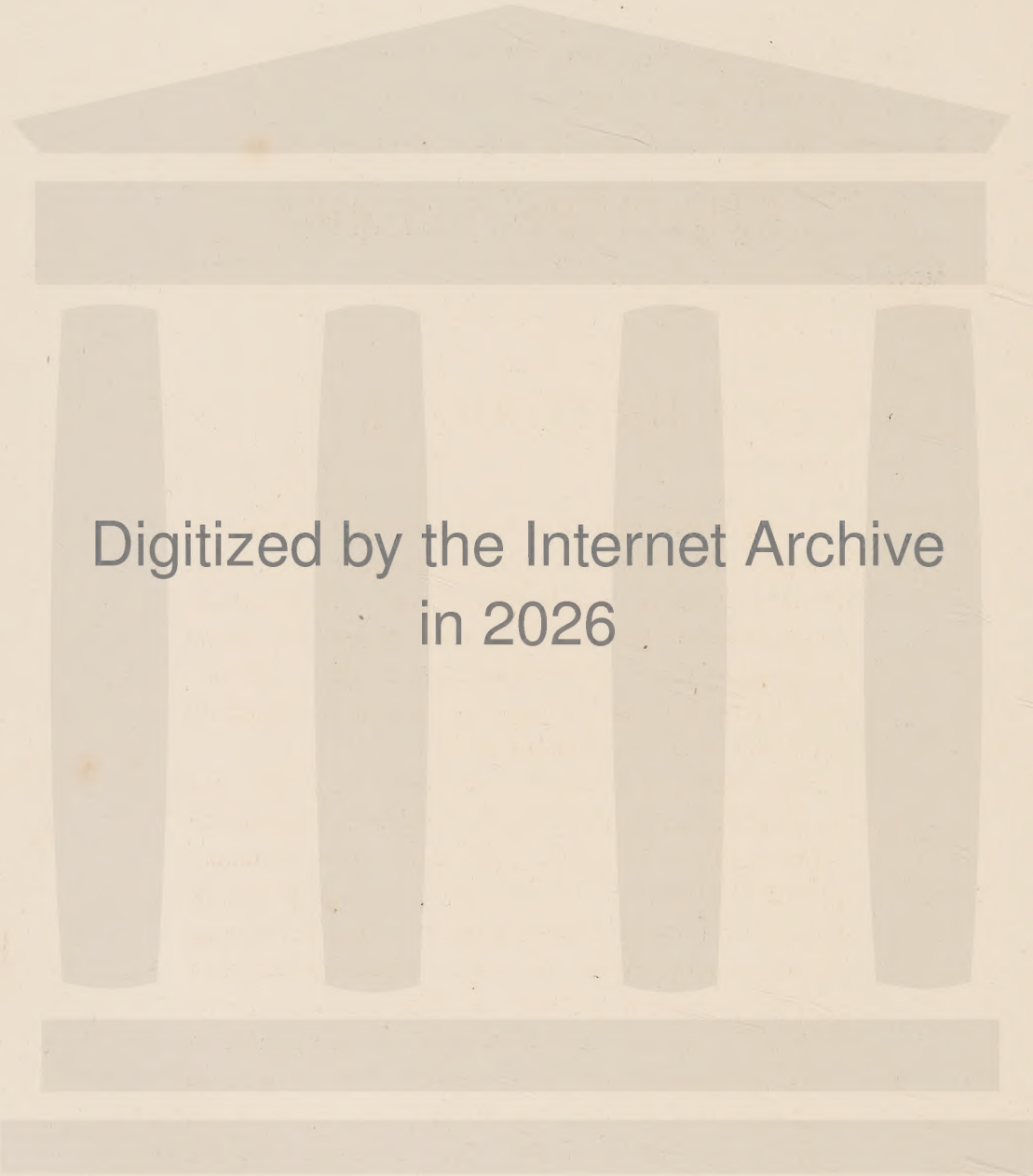
Notre travail porte sur deux questions connexes : la nature des abcès des parois thoraciques, le traitement qui leur est applicable. L'ordre que nous avons suivi dans

cette étude est le suivant : nous avons, dans un premier chapitre, examiné quelles ont été les idées des divers auteurs sur la nature des abcès péri-thoraciques ; dans le paragraphe suivant, nous discutons les diverses théories qu'ils ont émises, et, à l'aide de nos observations personnelles, nous essayons de montrer quelles sont celles de leurs opinions qui sont les plus probables.

La partie qui concerne le traitement comporte la même division : un chapitre d'historique dans lequel nous voyons les chirurgiens posant des indications variant avec les idées qu'ils se font des causes et de la nature de l'affection qu'ils sont appelés à traiter. Notre manière d'envisager le plus grand nombre des abcès des parois thoraciques nous a amené à défendre un traitement rendu encore plus logique et plus efficace par la pratique rigoureuse des pansements antiseptiques ; ce sera là le sujet de notre dernier chapitre.

Avant de commencer cette étude, qu'il nous soit permis de remercier M. le professeur Léon Tripier, auquel nous devons l'idée première de notre travail et dans le service duquel nous avons recueilli les observations qui sont la base de notre étude, de l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

Que M. le docteur Augagneur, chef de clinique chirurgicale, accepte aussi l'hommage de toute notre reconnaissance pour les conseils qu'il nous a prodigués et pour l'obligeance extrême avec laquelle il s'est mis à notre disposition pendant toute la durée de notre travail.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554208_0030

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Pendants de longs siècles, les auteurs semblent n'avoir pas considéré comme très intéressante la question des abcès froids des parois thoraciques ; c'est à peine si l'on signale leur présence dans cette région. On donne à cet état morbide les mêmes caractères qu'à toute collection purulente, sans s'inquiéter du point de départ de la maladie et de son étiologie réelle.

Boyer, dans son *Traité des maladies chirurgicales* paru en 1821, dit, au chapitre des abcès du tissu cellulaire de la plèvre (Tome VII, page 330), que le tissu cellulaire qui unit la plèvre aux muscles intercostaux peut devenir quelquefois le siège d'un engorgement qui se termine par suppuration. Après une assez longue discussion au sujet de l'ouverture possible de l'abcès dans la cavité pleurale, il ajoute : « A l'ouverture de ces abcès, on trouve quelquefois une ou plusieurs côtes cariées, on attribue cette lésion des côtes au trop long séjour du pus et à son action sur le périoste ; mais il est plus probable

qu'alors les côtes ont été primitivement affectées, et que leur carie a été la cause et non l'effet de la suppuration. » Boyer conseille le traitement alors usité dans tous les cas de carie.

En 1829, Menière, ancien interne de l'Hôtel-Dieu de Paris, ayant eu l'occasion d'observer plusieurs cas d'abcès froids des parois du thorax, fit, dans les *Archives générales de médecine*, une communication. (1829, Tome XXI, page 381, et 1830, Tome XXII, page 59. *Observations et réflexions sur les abcès chroniques qui se développent sur le trajet des côtes.*) Sans donner comme cause sinon spéciale du moins assez générale de ces abcès, une lésion osseuse, cet auteur publie des observations qui paraissent se rattacher à des lésions des côtes ; témoin cette observation prise dans le service de Dupuytren, dans laquelle l'autopsie démontra, sur la huitième côte, l'absence du périoste, des rugosités dans l'étendue d'un demi-pouce, de l'épaississement et de l'infiltration purulente du périoste environnant, enfin un ramollissement de la plèvre correspondante, dans une étendue de quatre à cinq lignes, ramollissement ayant donné lieu à des adhérences celluleuses anciennement organisées. L'auteur paraît avoir voulu signaler la fréquence de ces abcès sans trop se préoccuper de leur mode de formation.

Pendant la période de temps qui s'écoula entre 1830 et 1849, les auteurs rattachent la présence de ces abcès à une pleurésie plus ou moins ancienne. Parise, dans un mémoire publié dans les *Archives générales de médecine* de 1849 (*De l'ostéophyte costale pleurétique ou recherches sur une altération particulière des côtes dans la pleu-*

résie), rapporte un nombre respectable d'observations qui sembleraient militer en faveur de son opinion. Il attribue les transformations que subissent les côtes au rayonnement inflammatoire de la pleurite. Nélaton, dans son ouvrage intitulé : *Eléments de pathologie chirurgicale*, dit, en parlant des abcès froids du thorax : « Il n'est pas rare de voir se développer dans les parois de la poitrine des abcès froids idiopathiques. Ceux-ci ne présentent rien de particulier dans cette région, nous ne nous y arrêtons donc pas. » S'occupant alors, dans un paragraphe spécial, des abcès symptomatiques de la carie des côtes, il les divise en trois classes : 1° Les abcès extérieurs aux côtes et aux muscles intercostaux. « Ceux-ci, dit-il, ne présentent rien de particulier, ils offrent tous les caractères des abcès froids qu'on remarque dans les autres régions du corps et ils doivent être vidés de la même manière que les autres par la ponction ou par l'incision. » ; 2° Ceux dans lesquels le pus fuse entre les deux muscles intercostaux correspondants et vient se frayer un passage entre les feuillets fibreux que forme la gaine de ces muscles et donner lieu à une collection purulente dans le point où les muscles intercostaux externes viennent à manquer ; 3° Ceux où le pus se réunit en foyer dans le tissu cellulaire sous-pleural ; il conseille contre ces lésions la cautérisation, la rugination et la résection.

Après lui, Vidal de Cassis, dans son *Traité de pathologie externe et de médecine opératoire*, semble se rapprocher de l'opinion ancienne qui attribue la priorité de la lésion non à la côte mais à une suppuration prolongée produite par la fonte des organes voisins. Il reconnaît, malgré cela, l'importance de la lésion primitive de l'os,

et dit : « Le plus souvent, quand on dit qu'il y a abcès froid, il y a altération de l'os et c'est de lui que vient la suppuration. C'est alors qu'on doit craindre surtout de voir le pus se porter vers la cavité pectorale, car ce pus est tout d'abord en contact avec la plèvre. »

Avant cette époque, une théorie nouvelle s'était fait jour avec l'appui de la médecine militaire qui crut, après de nombreuses observations d'abcès froids des parois thoraciques sans présence de pleurésie récente ou ancienne, devoir rattacher l'existence de ces abcès au frottement des cuirs et buffleteries qui entrent dans l'équipement du soldat. Beurdy, dans sa thèse inaugurale, faite sous l'inspiration du baron Larrey, soutint cette opinion. Sédillot, dans une communication à la Société de chirurgie, donna comme point de départ à ces phlegmasies une cause toute mécanique.

C'est à peu de temps de là que parut le mémoire de Leplat, agrégé du Val-de-Grâce, mémoire publié dans les *Archives de médecine* de 1865 (*Des abcès de voisinage dans la pleurésie, pathogénie et étude clinique des abcès des parois thoraciques.*) Dans ce mémoire, Leplat reprend un des côtés de l'opinion ancienne et se demande pourquoi, puisqu'on admet qu'une lésion des organes voisins de la plèvre peut, par propagation, communiquer son inflammation à la plèvre, la réciproque n'existerait pas ; il donne à ce sujet une série d'observations qui lui paraissent concluantes.

Cette théorie fut combattue, quelques années plus tard, par Choné (Thèse de Paris, 1873 : *Etude sur une variété d'abcès froids thoraciques.*) Dans ce travail fait sous l'inspiration de M. le professeur Gaujot, Choné re-

connaît à chacune des théories une part de vérité, mais il croit qu'on pourrait ouvrir une autre classe renfermant les abcès dus à une périostite externe des os sous-jacents. Pour lui, le périoste ne suppure pas, mais son épaissement, agissant comme corps étranger, amènerait la fonte purulente du tissu cellulaire avoisinant. C'est ce que M. le professeur Gaujot appelle la périostite phlegmoneuse simple.

Cette théorie fut admise par M. Duplay, qui s'en affirma partisan dans une leçon faite à l'hôpital Saint-Louis et relatée dans la *Gazette hebdomadaire* de 1876. Il divise les abcès des parois thoraciques en trois classes : 1° abcès froids ordinaires occasionnés par la fonte des ganglions lymphatiques de l'aisselle ; 2° abcès froids périostiques ; 3° abcès ossifluents. Ce fut à l'occasion de cette leçon que M. le professeur Verneuil écrivit dans le *Progrès médical* de 1876 une lettre à M. Duplay, dans laquelle il admet les abcès froids, les abcès ossifluents, les abcès sympathiques des affections profondes de la plèvre et des poumons, mais en niant la présence des abcès périostiques tels que les entend M. Duplay. Pour M. Verneuil, le point de départ des abcès froids des parois thoraciques est, dans ce cas, dans l'inflammation de la bourse séreuse localisée dans la région intermédiaire entre le petit pectoral qui recouvre les troisième, quatrième et cinquième côtes, le grand dentelé qui étend latéralement ses digitations depuis la dixième côte jusqu'à la première, le grand droit de l'abdomen qui couvre en bas et en avant les cartilages des cinquième, sixième et septième côtes, le grand oblique qui

tapisse la portion osseuse des huit dernières côtes. C'est cette disposition et cette opinion que Vesseaux soutint dans sa thèse inaugurale (Paris 1879, *Contribution à l'étude des abcès froids idiopathiques des parois du thorax*). Pour M. Verneuil, ce serait un véritable hygroma de cette bourse séreuse qu'il faudrait considérer comme point de départ de ces abcès.

Dans le *Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales*, M. le professeur Paulet, dans un remarquable article sur les côtes, conclut au sujet des abcès froids des parois du thorax, avec Choné :

1° Que parmi les diverses variétés d'abcès thoraciques, il en est une dont le point de départ est une périostite phlegmoneuse simple à marche subaiguë ;

2° Que les deux causes invoquées, l'une par Larrey, l'autre par Leplat, ne sont pas efficientes mais déterminantes ;

3° Que la périostite costale se développe chez un sujet, prédisposé par de mauvaises conditions hygiéniques, sous l'influence de ces causes.

Si nous résumons cet historique en quelques mots, nous verrons que les abcès des parois thoraciques sont attribués, dans l'état actuel de la science :

1° A des lésions des côtes, carie, nécrose, etc., et cela par tous les chirurgiens ; les uns n'invoquant que cette cause, les autres la considérant comme rare ;

2° A une périostite externe (Gaujot, Choné, Paulet et Duplay) ;

3° Suivant Leplat, Legrand, etc., les lésions pleuro-pulmonaires pourraient fréquemment les déterminer ;

4° D'après Verneuil et Vesseaux, les bourses séreuses

intra-musculaires de la paroi thoracique pourraient, en s'enflammant, devenir le siège de ces abcès.

Il est bien entendu que nous ne nous sommes occupé que des abcès profonds. Les collections purulentes ayant leur origine dans les ganglions de l'aisselle, les gommes tuberculeuses du tissu cellulaire sous-cutané ne doivent pas rentrer dans le cadre de nos études.

CHAPITRE SECOND

DISCUSSION

Nous venons de voir dans le chapitre précédent, combien diverses sont les origines auxquelles les chirurgiens ont attribué les abcès des parois thoraciques. Il semblerait même que, pour eux, l'abcès ossifluent de source costale est une rareté, et que le plus souvent le pus se produit sous une tout autre influence que l'inflammation du tissu osseux. Examinons les diverses théories qui ont été imaginées, et voyons ce qu'elles ont de fondé.

L'une d'elles, la plus récente, est celle qu'a esquissée M. le professeur Verneuil. Dans une lettre insérée dans le *Progrès médical*, de 1876, et adressée à M. Duplay, le savant professeur se demande si les abcès ne siègeraient pas quelquefois dans les espaces qui séparent les muscles des parois thoraciques. Sous les insertions du dentelé, du grand droit, entre les intercostaux, existent des sortes de lacunes remplies par un tissu cellulaire lâche. Ces lacunes ont une constitution anatomique qui

les rapproche des boursés séreuses; l'abcès ne serait-il pas fréquemment une espèce d'hygroma aigu des espaces intermusculaires? Cette ingénieuse hypothèse est, nous pouvons le dire, restée à l'état d'hypothèse. Dans son travail inaugural, M. Vesseaux semble avoir voulu lui donner l'appui de quelques faits cliniques. Il cherche à rattacher à sa théorie des observations interprétées différemment par ceux qui les avaient publiées; nous y reviendrons. Comme faits personnels, il apporte une seule observation dont l'influence ne sera pas décisive. Il s'agit d'un homme de trente-sept ans, entré dans le service de M. Richet. Cet homme voit apparaître un abcès de la paroi pectorale au niveau de la quatrième côte gauche. On ne parle pas de l'état des poumons; pour prouver que l'abcès siège en dehors des os, l'auteur se contente de dire que les « os ne paraissent pas atteints. » L'abcès n'a pas été ouvert, et la fin de l'observation laisse le malade en traitement et porteur d'un emplâtre de Vigo.

C'est une observation sans aucune valeur au point de vue de la pathogénie, et il nous sera permis de considérer la théorie de l'hygroma comme une hypothèse, jusqu'au jour où une autopsie aura démontré la réalité de son existence.

Admettons-nous avec M. Leplat, qu'une lésion de la plèvre a toujours précédé l'apparition de l'abcès paracostal? La séreuse pleurale et les tissus de la paroi ont les connexions pathologiques intimes; les phlegmasies de celle-là retentissent fréquemment sur ceux-ci, et réciproquement; mais il faut se garder de généraliser. Que, dans le cours d'une pleurésie, on voie survenir un abcès

du tissu cellulaire sous-pleural, rien de plus naturel. On ne peut nier l'existence de ces abcès pas plus que celle des abcès articulaires circonvoisins. Mais de ce que nous acceptons sans réserve la réalité de cette étiologie, il ne s'en suit pas qu'étant donné un abcès chronique, nous soyons disposé à lui reconnaître comme origine une pleurésie parfaitement guérie, et guérie depuis plusieurs mois, une année même.

Le seul reproche que puisse mériter le mémoire si remarquable de M. Leplat est précisément d'avoir exagéré l'importance des affections pleuro-pulmonaires comme cause des abcès paracostaux. Cette disposition, encore discrète dans le travail de Leplat, a perdu toute mesure dans la thèse inaugurale de M. Legrand, élève du Val-de-Grâce. Digne d'éloges, comme recueil d'observations et de recherches bibliographiques, cette thèse contient des théories absolument inadmissibles sur la genèse des abcès.

Pour M. Legrand, une pleurésie guérie en apparence depuis longtemps, plusieurs mois, une année même est une épine inflammatoire toujours capable de déterminer dans les parois thoraciques un travail phlegmasique. Il se livre à ce sujet à des considérations originales sur le rôle des adhérences dont la rétraction indéfinie peut, à un certain moment, devenir très-active et irriter le tissu cellulaire sous-pleural. Il avoue de bonne grâce que ces vues sont toutes hypothétiques, et que d'ailleurs jamais une autopsie ne pourra ni en infirmer ni en prouver la réalité ; s'il n'y a que travail inflammatoire on ne trouvera que des adhérences, s'il y a abcès, la présence du pus aura fait disparaître les traces du processus primitif.

De la lecture attentive des observations publiées par MM. Leplat et Legrand, nous avons conservé cette impression que les pleurésies aiguës sont assez souvent accompagnées d'abcès des parois thoraciques ; mais ces abcès ont une physionomie un peu à part, ils sont plus aigus ou subaigus que chroniques ; leur ouverture arrive rapidement, au milieu de symptômes de réaction souvent assez vifs, ils restent généralement peu fistuleux et se cicatrisent de bonne heure après leur ouverture spontanée ou chirurgicale.

C'est à ce genre pathologique que peuvent être rattachées l'observation I de Leplat (p. 409), l'obs. II (p. 412), qui lui a été transmise par M. Paulet ; l'obs. IV (p. 416). Dans le même cadre nous placerons encore l'obs. XIII (p. 572), empruntée à Billroth. A part les malades chez lesquels il y a une relation tangible, incontestable, plusieurs fois vérifiée par l'autopsie entre la phlegmasie pleurétique et l'abcès des parois affectant le type spécial que nous avons décrit plus haut, nous ne trouvons que des observations dont l'interprétation nous semble tout autre que celle admise par Leplat. Citerons-nous son observation III (p. 413), qui relate l'histoire d'un tuberculeux entré à l'hôpital avec une pleurésie et qui y meurt six mois après, ayant offert des abcès des parois, *même du côté opposé à la pleurésie*, et ayant eu une vomique très abondante ? Pour tout esprit non prévenu, les symptômes et l'autopsie se rapportent à un tuberculeux atteint de pleurésie suppurée avec vomique, et d'ostéites multiples des côtes. Ne laisserons-nous pas à l'obs. VI (p. 419) le titre que lui avait donné Andral : Epanchement pleurétique ouvert à l'extérieur entre les côtes ?

Que conclure de l'obs. VII empruntée à Velpeau ? Avons-nous eu là une pleurésie suppurée avec abcès, ou tout simplement de la pyohémie ?

Pouvons-nous nous contenter, comme preuve, d'une autopsie ainsi décrite : (Obs IX, p. 568.) « Plèvres adhé-
« rentes très épaissies vers la partie médiane, produc-
« tions cartilagineuses très denses. Abcès en dehors ;
« la sixième côte en contact avec le pus est blanchâtre
« et rugueuse ? »

Il ne reste, nous le répétons, qu'un seul fait bien établi : dans les phlegmasies aiguës pleuro-pulmonaires les parois thoraciques peuvent être le siège d'abcès circonvoisins ; hors de là l'existence d'une pleurésie antérieure n'a pas d'importance comme cause directe.

Diverses raisons ont pu contribuer à égarer les observateurs et à faire jouer à la plèvre un rôle plus important que celui qu'elle possède en réalité. Tout d'abord les lésions des parois peuvent réagir sur la séreuse et produire ces pleurésies secondaires qui ont fait le sujet d'un mémoire de Broca.

Sera-t-il toujours facile de prouver que la pleurésie a été primitive, de reconnaître si elle est secondaire ? A un autre point de vue, la même cause peut, sans qu'il y ait des relations anatomiques entre elles, déterminer en même temps des lésions sur la plèvre et les côtes. Pleurésie et ostéite tuberculeuse peuvent coexister chez le même sujet ; nous reviendrons plus tard sur ce point. Mais n'est-ce pas ainsi qu'il faut expliquer les altérations trouvées à l'autopsie de Paget (Obs. III de Leplat, page 415) ? Il est certain que la pleurésie est dans le plus

grand nombre des cas sous la dépendance de la tuberculose ; c'est à ce titre qu'elle peut être souvent aussi suivie d'abcès des parois, produits eux-mêmes par la tuberculose costale. C'est ainsi que s'expliqueront les relations pathologiques existant entre une pleurésie gauche et un abcès du côté droit ou réciproquement ; fait que nous avons trouvé dans plusieurs observations et notamment dans la thèse de M. Choné.

Nous ne nous attacherons pas à examiner les faits d'abcès succédant à une pneumonie suppurée ou à une caverne ouverte dans la paroi du thorax. — M. Legrand cite plusieurs cas de ce genre fort intéressants, mais ce sont là des raretés pathologiques qui se rapprochent plus des abcès par congestion que des suppurations nées sur place.

L'opinion émise par M. Gaujot et soutenue par M. Choné, dans sa thèse inaugurale, a conquis, grâce à l'adhésion du professeur Duplay, une autorité qui nous gêne singulièrement pour la combattre. Nous ne connaissons d'observations publiées en détail pour la démontrer que celles que contient la thèse de M. Choné.

La leçon clinique du professeur Duplay, publiée dans le *Progrès médical* de 1876, est un exposé de la question bien plus que la discussion de faits nets et précis. Ce sont donc les observations de la thèse de M. Choné que nous allons examiner en détail.

La monographie en question contient *cinq* observations. Remarquons dès maintenant qu'*aucune d'elles n'a été confirmée par une autopsie*. Il nous semble que c'est là un fait assez important.

Dans la première observation, il s'agit d'un soldat qui

voit apparaître un premier abcès, en mai 1872, sur la face antéro-supérieure du sternum. En septembre, on ponctionne la tumeur, on y injecte de l'iode. En octobre, nouvel abcès sous la clavicule gauche, sur la deuxième côte ; ouverture par la pâte de Vienne. En février 1873, nouvel abcès au niveau du mamelon gauche. En avril, ouverture avec la pâte de Vienne et injection iodée. « Toute la région située à gauche, entre le sternum, la clavicule et l'angle des côtes, est empâtée ; le périoste des côtes est épaissi et l'on sent des bourrelets sur leur trajet du cartilage à l'angle. » L'abcès de la région mammaire suppure encore.

Que conclure de cette observation ? Où trouvons-nous la preuve que les os ne soient pas atteints ? L'auteur dit, page 16, sans paraître se douter de l'importance de ce fait : « Le périoste est enflammé consécutivement par sa face interne, car on sent le long des côtes des ostéophytes. » Nulle part nous ne voyons qu'on ait cherché à se rendre compte de l'état des os. Les abcès n'ont pas été ouverts assez largement ; ils étaient trop profonds pour qu'un examen direct ait pu être fait. S'est-on servi du stylet ? On aurait dû en faire mention, même s'il a donné une réponse négative ; et nous verrons, quand nous traiterons de l'anatomie pathologique que l'exploration avec le stylet est incapable de renseigner avec exactitude sur l'état des côtes en raison de dispositions anatomiques spéciales.

L'obs. 2, nous montre un abcès au niveau de la huitième côte, sous le grand dorsal, après une ponction exploratrice avec l'appareil de Potain (page 17). « On sent parfaitement le long de la côte recouverte par

« l'abcès un épaississement du périoste ; la largeur de la
« côte est augmentée de cinq millimètres ; la pression
« ne réveille de douleur qu'au niveau de l'os. » Et c'est
tout. Qu'est devenu l'abcès ultérieurement ? Il s'est re-
formé ; c'est tout ce que nous apprend l'auteur.

Peut-on diagnostiquer à travers les téguments l'état
d'une côte, peut-on surtout partir de cet examen plus
qu'insuffisant pour édifier une nouvelle théorie anatomo-
pathologique ?

Ces réflexions sont absolument applicables à l'obs. III,
qui ne diffère de la précédente que par le siège des abcès
et par l'ouverture au bistouri des abcès reformés. Les
renseignements sont aussi sommaires, les procédés d'exa-
men tout aussi primitifs.

Dans l'observation IV, même manière de procéder ;
notons cependant que M. Choné signale la formation
d'un abcès au niveau de l'appendice xyphoïde dû, selon
lui, à une périchondrite ; nous décrirons plus loin ces
altérations des cartilages.

Observation V. Même série de phénomènes et même
absence de renseignements sérieux ; ce qui a trait à
l'examen de la lésion est ainsi formulé : « Le pus écoulé,
« on perçoit nettement l'épaississement du périoste des
« côtes recouvertes par la tumeur. »

Y a-t-il dans ces cinq observations les matériaux né-
cessaires à l'édification d'une théorie nouvelle et sur-
tout les preuves indispensables de sa réalité ? Nous ne le
pensons pas, et il est facile de donner les motifs de notre
opinion.

La lecture des cinq observations de M. Choné nous a
d'autant plus surpris qu'elle nous a apporté une désillu-

sion ; en effet, dans les pages qui précèdent (p. 10 à 13), sous le titre de symptomatologie, l'auteur décrit les caractères de la périostite externe costale, il étudie son mode de début ; les altérations anatomiques auxquelles elle donne naissance, avec une netteté et une sûreté telles qu'on ne peut manquer d'être convaincu si, comme cela se fait souvent, on ne scrute pas scrupuleusement les faits à l'appui. Où M. Choné a-t-il pris les éléments de cette description ? Ce ne peut être dans les observations qu'il fournit, nous en avons donné la preuve ; s'il ne fait que publier l'enseignement de son maître, M. Gaujot, nous sommes en droit de demander à quelles sources M. Gaujot a lui-même puisé les preuves de ce qu'il avance. Il y a plus, (p. 14), M. Choné nous dit : « Nous « n'en avons jamais constaté non plus (il s'agit de la « dénudation osseuse) pour notre part, en examinant la « cavité des abcès chez nos malades avec le stylet ». Or, dans aucune des observations de la thèse, ce genre d'exploration n'est mentionné. Et comment aurait-on pu se servir du stylet chez les malades des observations I, II, III, malades dont l'abcès a été ponctionné avec l'appareil de Potain ? Admettons que vous ayez pu utiliser cet instrument dans les faits IV et V, vous n'avez certainement pas pu recourir à son aide dans les autres.

Ceci suffit pour montrer que faits et appréciations ne concordent pas toujours exactement. Notez que l'auteur avait besoin de cette réponse négative du stylet pour asseoir son diagnostic, qu'il ajoute une extrême importance à ce genre de recherches, puisqu'au chapitre *Diagnostic* (page 32) il dit : « S'il (l'abcès) tient à une « carie, une nécrose ou à une fonte tuberculeuse, le pus

« offre des caractères particuliers, et il y a toujours lésion osseuse qu'on peut constater avec le stylet. » Pour nous, qui, on le verra plus loin, n'ajoutons qu'une importance relative aux renseignements et surtout aux renseignements négatifs fournis par le stylet, nous ne nous arrêterions pas à cette inconséquence, si nous n'y trouvions la preuve de la volonté arrêtée de justifier, envers et contre tous, la théorie qu'on a adoptée.

Rien, absolument rien, dans les faits à l'appui, n'étaye l'interprétation de MM. Gaujot et Choné. La description de l'abcès à ses débuts qui, entre parenthèses, ne peut être écrite d'après des faits vus tous à la période d'état, s'applique tout aussi bien aux phlegmasies d'origine osseuse. L'empâtement diffus auquel on semble attacher de l'importance, n'est-il pas le fait de toutes les inflammations chroniques, et il nous semble que le traitement adopté, injection de teinture d'iode, n'a pas toujours été étranger à ce résultat. Nulle part, vous ne nous dites ce que sont devenus vos malades ; chez le premier il reste une fistule, chez le second l'abcès s'est reformé après ponction, le troisième a encore un drain et il se forme un nouvel abcès, le quatrième est en voie de parfaite guérison, mais se plaint d'une douleur sur la huitième côte ; quant au cinquième, on le laisse avec un abcès qui vient d'être ouvert avec la pâte de Vienne. En quoi cette marche, caractérisée surtout par la lenteur de la cicatrisation, diffère-t-elle de celle admise de tout temps pour les abcès ossifluents ?

Nous trouvons, au milieu de considérations sur le pronostic (page 33), une phrase qui donne beaucoup à réfléchir : « Le périoste, irrité par la présence prolongée

« du pus, se décolle, enflamme l'os, d'où la carie, la « nécrose et toutes leurs conséquences. » Comment, quand ces conséquences se seront produites, différenciera-t-on l'abcès périostique externe ou périostique interne ? N'est-ce pas un peu subtil ? Et puis, croyez-vous que ce soit « la présence prolongée du pus » qui détermine l'inflammation du périoste ? Pour vous, c'est le périoste enflammé qui produit le pus, et par un échange de mauvais procédés, le pus à son tour enflamme le périoste. Avouez donc que la phlegmasie n'était pas bornée à la couche périostique externe.

Mais laissons cette discussion, qui, si elle prouve que la défense de la périostite externe n'a pas été bien présentée, ne démontre cependant pas que le genre de périostite n'existe pas. En l'absence complète de renseignements anatomo-pathologiques concernant les côtes, pourrions-nous trouver dans les autres os un processus inflammatoire atteignant seulement la face externe du périoste ? M. Choné n'a pas songé à faire cette recherche. S'il eût consulté la pathologie générale du périoste, il eût vu que MM. Ollier et Poncet ont décrit, sous le nom de périostite albumineuse, une affection qu'ils ont localisée dans la face externe du périoste des os longs. Les chirurgiens qui ont vu ultérieurement des cas du même genre, MM. Lannelongue, Gosselin (voyez thèse de Takvorian, Paris, 1878) ; Terrier et Lannelongue, (*Société de Chirurgie*, 11^e série, t. iv, p. 268) ont même pensé que le tissu cellulaire périostal jouerait un rôle beaucoup plus considérable que le périoste lui-même. Hors de la périostite albumineuse, nous ne connaissons absolument rien qui puisse être rattaché à l'inflam-

mation isolée des tissus périostaux. Or, M. Choné nous dit (p. 15) : « M. Kelsch, agrégé au Val-de-Grâce, a « examiné au microscope quelques échantillons de pus « tiré des abcès thoraciques ; il n'y a rien trouvé de « particulier, sinon une certaine quantité de vibrions. » Il est donc inutile d'affirmer que les abcès n'avaient aucun des caractères des collections albumineuses.

Il nous semble que pour admettre l'existence d'un processus si spécial, si particulier, nous sommes en droit de réclamer des observations plus nombreuses, des examens anatomo-pathologiques plus complets que ceux qui se peuvent faire au travers du trajet d'un trocart de Potain, des malades suivis plus longtemps et dont le mode de guérison ait été étudié, des symptômes qui soient plus différents de ceux que nous sommes habitués à voir dans les abcès d'origine osseuse.

Cette question de pathologie générale, M. Charvot, agrégé de Val-de-Grâce, a essayé de la traiter dans un travail publié en 1879 par la *Gazette hebdomadaire*. Inspiré en entier par les leçons de M. Gaujot, l'auteur a cherché à donner à la périostite externe une personnalité bien nette. Comme nous le disions il y a un instant, seule la périostite albumineuse pourrait être admise jusqu'à présent comme phlegmasie débutant par les couches superficielles du périoste. Aussi M. Charvot cherche-t-il à nous démontrer que c'est ce même processus qui se rencontre dans la périostite externe. Nous nous trouvons ici en présence d'une étude sérieuse, et l'auteur ne procède pas seulement par affirmations comme l'a fait M. Choné. Examinons rapidement ce qu'il nous rapporte. Tout d'abord, M. Charvot a en vue la périostite

tite externe en général; il y a là une question de doctrine qui serait trop longue à élucider. Pour ce qui concerne les côtes, nous voyons bien au commencement du mémoire qu'elles sont affectées plus souvent qu'aucune autre partie du squelette, mais les deux observations qui pourraient nous concerner n'ont pas d'importance, étant donné que la lésion n'a pas été examinée au début. En réalité, la question est double, car elle comporte une étude d'anatomie pathologique et une étude clinique. Au point de vue anatomique, l'auteur nous a-t-il convaincus? Il cite bien l'autorité de Bérard, de Billroth, de M. Ollier, mais c'est en leur faisant dire plus qu'ils ne voulaient qu'il a cru trouver dans leurs écrits un appui en sa faveur. Admettons un instant que la périostite externe de M. Gaujot soit identique à la périostite albumineuse de M. Ollier; un fait nous frappe immédiatement : aucun chirurgien n'avait trouvé cette lésion avant 1874, ce qui prouve combien elle est peu commune. Depuis la publication de MM. Ollier et Poncet, malgré l'éveil donné aux chirurgiens, il n'en a pas été publié en France plus de six ou sept cas (voir thèse de Takvorian) et la pratique de M. Gaujot pendant quelques années dans son seul service du Val-de-Grâce lui en aurait fourni plus de quarante observations ! Il serait curieux de savoir combien pendant le même laps de temps, M. Gaujot a vu d'ostéo-périostites vulgaires, qui, nous le pensons, doivent être devenues rares en proportion de la fréquence de la périostite externe.

Comme examen anatomique nous avons une autopsie, d'ailleurs très bien faite par M. Kiener, agrégé du

Val-de-Grâce. Nous y avons vu un bel exemple de tuberculose aiguë, généralisée avec localisations ostéo-périostites, mais rien qui puisse être le sujet d'une dénomination nouvelle.

Puis, toutes ou presque toutes les observations de périostite externe montrent qu'après un certain temps l'os sous-jacent est plus ou moins atteint, enflammé, carié, nécrosé. Or, dans la périostite albumineuse, telle que nous la connaissons d'après les quelques observations publiées, l'os ne semble pas être malade ou du moins ne doit le devenir que très tardivement. Le pus, qui dans la thèse de M. Choné, n'était jamais différent du pus ordinaire, a pris dans le travail de M. Charvot tous les caractères que MM. Ollier et Poncet avaient attribués à la sécrétion périostique découverte par eux. Mais tandis que dans la périostite albumineuse vraie, ces caractères se trouvent dans des collections liquides existant depuis un temps indéfini, dans la périostite externe le produit pathologique est essentiellement variable et ne tarde pas à se transformer en ce pus vulgaire qu'avait vu M. Choné. Il nous est même resté cette impression, que, dès qu'il y a fluctuation, on trouve toujours du pus et rien que du pus ; le liquide albumineux se rencontre lorsque le chirurgien incise une tuméfaction tout à fait à ses débuts. C'est complètement différent de ce qui se passe dans la périostite albumineuse ; mais c'est, je crois, ce qui se trouve dans tous les foyers inflammatoires incisés avant la formation du pus : aspect gélatineux, spongeoïde, écoulement de lymphé albumineux.

On doit savoir gré à M. Charvot d'avoir été un des premiers en France à rappeler sur la tuberculose osseuse

l'attention trop détournée, malgré les travaux des chirurgiens de la première moitié du siècle, Delpech et Nélaton. Mais là encore surgit une difficulté : dans l'autopsie de M. Kiener, en même temps qu'une périostite de la malléole, existait un foyer tuberculeux non suppuré de l'intérieur de l'os, et ce que nous savons aujourd'hui de la marche de la tuberculose osseuse, nous rendra encore plus défiant. M. Charvot, lui-même, a publié dans la *Gazette hebdomadaire* du 10 juin 1882, une observation de tuberculose osseuse généralisée, qui doit le rendre sceptique sur la personnalité de la périostite externe. Nous aurions beaucoup à dire sur ce chapitre d'anatomie, mais aller plus loin serait sortir de notre sujet.

Au point de vue clinique, le mémoire de M. Charvot ne nous donne rien autre que la thèse de Choné, il contient des généralisations et rien de spécial aux côtes ; hâtons-nous de dire qu'étant admise la périostite externe, rien ne peut la distinguer de l'ostéo-périostite au point de vue symptomatologique. On sait, d'ailleurs, que pour la périostite albumineuse seule, la ponction a fait faire un diagnostic exact aux chirurgiens qui l'ont rencontrée.

Tout ce que nous pouvons conclure du travail de M. Charvot, c'est que les inflammations du périoste doivent débiter souvent par la couche externe de la membrane. Cette idée, qui avait été admise par Billroth, ne constitue qu'un détail anatomo-pathologique. Au point de vue clinique, il n'y a que des ostéo-périostites.

Nous avons jusqu'ici mentionné et discuté les opinions des divers chirurgiens. Avant de développer celle que nous soutenons, nous donnons les faits sur lesquels reposent nos convictions.

OBSERVATIONS

Observation I

(Communiquée par M. le professeur Léon Tripier)

G. Barthélemy, cultivateur, âgé d'environ cinquante ans, entre à l'hôpital le 24 février, salle Saint-Philippe, n° 4 (service de la clinique chirurgicale). Ce malade, sourd et inintelligent, est incapable de donner aucune espèce de renseignements. On trouve à la région lombaire gauche une grosse tumeur, qui aurait débuté il y a un mois environ, sans qu'on puisse en élucider la cause. Cette tumeur, du volume d'une tête de fœtus, molle, fluctuante, est légèrement douloureuse vers la partie inférieure. Il s'agit manifestement d'un abcès froid; on ne trouve aucun point douloureux sur la colonne vertébrale. La douleur la plus vive semble siéger au niveau d'une des dernières côtes.

L'état général laisse à désirer (misère physiologique). Rien du côté de la plèvre et des poumons. Absence de fièvre.

28 février. Le malade est endormi avec l'éther. La région correspondant à la tumeur est savonnée, rasée et lavée, à plusieurs reprises, avec la solution forte, après quoi on incise les téguments au niveau de la partie inférieure de la tumeur. On lie à mesure les vaisseaux qui donnent. La poche ouverte, il sort une grande quantité de pus jaunâtre, grumeleux. Dès lors, on fait écarter les lèvres de la plaie et l'on trouve une vaste

cavité anfractueuse, à parois molles et irrégulières, présentant des colonnes et des dépressions. Au fond, on sent une portion d'os dénudée qui appartient à la neuvième ou dixième côte.

Avec la curette de R. Volkmann, on racle les parois couvertes de fongosités molles, d'un gris-rougeâtre et formant une couche continue (membrane pyogénique). Arrivé sur le point osseux, dénudé dans l'étendue de deux centimètres et demi à trois centimètres, on hésite un moment pour savoir si l'on doit se contenter de le ruginer ou, au contraire, s'il faut pratiquer une véritable résection. En cherchant à se rendre compte des limites de la dénudation sur la paroi interne, on s'aperçoit qu'il existe à ce niveau des fongosités sur une bien plus grande étendue qu'en dehors. Dès lors, il n'y a pas à hésiter, et l'on se décide à pratiquer immédiatement la résection. Incision du périoste, à partir de la dénudation et suivant l'axe de la côte, dans l'étendue de un centimètre et demi environ de chaque côté. Avec le couteau-rugine, on décolle très exactement le périoste en haut et en bas sur la face externe. Revenant sur la partie moyenne, comme il n'existe pas de périoste à la face interne, on sectionne l'os à ce niveau avec une petite cisaille. Ce temps effectué, il est facile de se porter du côté de la face interne. Pour cela, on saisit avec les doigts de la main gauche l'extrémité de chaque fragment et l'on décolle le périoste avec la sonde-rugine d'Ollier, à quelques millimètres en dehors de la dénudation. Revenant en dehors, on reprend la dénudation de ce côté et l'on fait deux débridements en haut et en bas, sur chaque fragment, au niveau du point où doit être faite la section. Pour ce dernier temps, on se sert encore de la cisaille, qu'on fait agir sur la sonde-rugine afin de mieux protéger la plèvre. Comme il existe de petites pointes osseuses, on les excise avec le davier-gouge de Nélaton.

Lavages réitérés avec la solution faible. Deux contre-ouvertures par en haut. Trois drains. Deux plans de suture. De nouveau, lavages avec la solution faible, pour s'assurer que l'écoulement se fait bien. Gaze froissée par-dessus les doubles de

Lister. Le tout est assujéti solidement avec des bandes de tarlatane trempées dans la solution faible ; sur les bords du pansement, on place une couche de coton benzoïque. On termine avec de nouveaux tours de bandes de tarlatane.

Le pansement a été renouvelé cinq fois, jusqu'à la guérison complète. Fièvre à peu près nulle ; le summum de la température a été de 38° 6', le lendemain de l'opération.

28 mars. L'état général du malade est excellent ; les orifices sont à peu près fermés ; la suppuration a cessé. Le malade se lève.

2 avril. La plaie produite par l'opération est complètement cicatrisée.

11 avril. Le malade part pour Longchêne.

Observation II.

(Communiquée par M. le professeur Léon Tripier)

Eugénie C..., âgée de vingt-deux ans, domestique, entrée à l'hôpital le 20 mars 1881, salle Sainte-Anne, n° 9. (Service de la clinique chirurgicale). Cette malade n'a pas d'antécédents héréditaires ; pas traces de scrofule. Les règles ont apparu à l'âge de quinze ans ; rien de particulier de ce côté-là.

Il y a eu deux ans, au mois de février, la malade ayant pris froid pendant la période menstruelle fut atteinte d'un abcès à la partie antérieure du genou droit au-dessous de la rotule. On voit encore les traces de l'abcès ; mais il ne paraît pas avoir atteint les parties profondes ; la cicatrice n'est pas adhérente.

Vers la même époque, un autre abcès apparut sur la face dorsale du pied droit ; cette lésion subsiste encore aujourd'hui. On constate un gonflement de toute la région et, au centre, un trajet fistuleux qui n'est pas encore oblitéré.

Une troisième lésion, du même genre, apparut vers le mois

d'août 1880 au niveau du coude droit. Il existe à ce niveau une cicatrice siégeant à deux travers de doigt environ de l'olécrâne. Cette cicatrice se confond profondément avec une traînée cicatricielle dure, qui va rejoindre l'humérus. Ce dernier est douloureux à la pression à sa partie inférieure ; mais le point le plus douloureux se trouve au niveau de l'olécrâne. Actuellement, les articulations sont absolument libres.

Au mois d'octobre de la même année 1880, la malade fut atteinte d'une fièvre typhoïde, qui dura six semaines environ.

Un an après, environ, elle commence à ressentir des douleurs au niveau de la région lombaire. La marche est difficile. Application de pastilles de potasse, dont on peut voir les traces. C'est à ce moment qu'aurait apparu une petite tumeur au niveau des fausses côtes, à gauche. Elle aurait grossi progressivement sans jamais provoquer de violentes douleurs.

Actuellement il existe un abcès du volume d'un gros œuf environ, et qui correspond à la partie moyenne des dixième et onzième côtes ; cette dernière présente un point douloureux à la pression, immédiatement en arrière de la tumeur.

Toute la région lombaire est douloureuse, mais il n'y a pas de localisation précise. On ne trouve pas non plus de changement de forme. La malade présente un autre abcès dans la région sus-mammaire gauche, mais sans point douloureux sur les côtes à ce niveau.

Par contre, l'articulation acromio-claviculaire gauche paraît atteinte. L'extrémité externe de la clavicule fait une saillie plus marquée en haut et en arrière. De plus, en pressant à ce niveau on provoque de la douleur. La malade dit avoir eu des abcès dans l'aisselle ; on n'en constate pas de traces ; ce sont vraisemblablement les ganglions qui étaient enflammés ; l'articulation de l'épaule est absolument intacte ; cependant le mouvement d'adduction est un peu douloureux, ce qui tient vraisemblablement à la compression exercée par l'abcès sur le muscle grand pectoral. On ne trouve rien du côté du cœur ni du côté des poumons. L'état général est bon.

24 Mars. On ponctionne avec l'aspirateur les deux abcès dont on retire une petite quantité de pus clair et filant. Au pied, le pus est encore plus filant ; le stylet n'arrive pas sur le squelette. Après avoir lavé la région avec la solution forte, on introduit dans la plaie un batonnet d'iodoforme et l'on applique par dessus du coton à l'acide benzoïque. Par dessus, papier à la gutta-percha et tours de bande de tarlatane trempée dans la solution faible. Le pus se reproduit très vite ; dès lors, on se décide à intervenir directement.

29 Mars. Anesthésie avec l'éther. Chacune des régions est successivement savonnée, rasée et lavée avec la solution forte. On commence par l'abcès situé au-dessus de la mamelle : Incision transversale de cinq centimètres environ. On coupe successivement la peau et les tissus sous-cutanés, puis l'aponévrose et les fibres du muscle grand pectoral. On lie ou on tord au fur et à mesure les vaisseaux qui donnent. Dès qu'on a ouvert la poche, il s'écoule une assez grande quantité de pus jaunâtre mélangé à des parcelles de tissu fongueux. On introduit le doigt et l'on s'aperçoit qu'il existe par en haut un trajet remontant jusque sous la clavicule ; mais, vu les connexions de la région, on revient immédiatement par en bas et l'on ne fait agir la curette que sur les parois de l'abcès à proprement parler. On retire ainsi par lambeaux la membrane interne. On cherche encore s'il n'y a pas de côte malade. On ne trouve aucun point dénudé. Dès lors, on fait une contre-ouverture sur la paroi interne de l'aiselle au-dessous du grand pectoral. Lavages répétés avec la solution faible. On place un drain dans chaque plaie. Double plan de suture en avant. Provisoirement on applique une éponge à ce niveau. Ceci fait, on passe à l'abcès situé au niveau de la ligne de la ceinture. Après avoir lavé de nouveau avec la solution forte, on incise les téguments obliquement suivant la direction de la onzième côte et cela dans toute l'étendue de la tumeur. On arrive sur les fibres du grand oblique que l'on coupe. Les vaisseaux sont liés ou tordus séance tenante. Enfin, on ouvre la poche qui laisse écou-

ler près d'un demi-verre de pus blanc-jaunâtre mêlé à des particules fongueuses. Les bords de la plaie sont érigés et l'on aperçoit très bien la membrane pyogénique. On l'enlève rapidement avec la curette. C'est dans cette manœuvre qu'on sent un point dénudé sur la onzième côte. Il n'a pas plus de un centimètre d'étendue; mais il se prolonge sur la face interne. Pour ce motif, on prend le parti de faire la résection. Incision du périoste de chaque côté de la dénudation sur le milieu de la face externe. Décollement méthodique. Section de l'os à la partie moyenne; puis, saisissant chacun des fragments, on se porte à la face interne. Là, il existe des masses fongueuses sur une étendue deux fois plus considérable. On dépasse un peu les limites, et, revenant en dehors pour faire les débridements latéraux juste à ce niveau, on régularise la dénudation. On termine par la section de chaque fragment avec la cisaille. Régularisation de la section avec le davier-gouge. Lavages réitérés avec la solution faible. On place un drain. Deux plans de suture. On applique également une éponge pour protéger provisoirement la plaie.

Restait le pied : On lave à l'ordinaire avec la solution forte, puis, avec un stylet, on cherche à s'orienter; on trouve un vaste décollement occupant la région métatarsienne moyenne, depuis le dos du pied jusqu'à la racine des trois orteils du milieu. Large contre-ouverture à ce niveau; raclage avec la curette. Toutes les recherches faites pour trouver un point osseux dénudé sont restées infructueuses. Lavages avec la solution faible. On place un drain en haut et en bas.

On fait passer de nouveau de la solution faible par les drains de chacune des plaies, et l'on procède au pansement : Gaze froissée; doubles de Lister, tours de bande de tarlatane trempée dans la solution faible. Coton benzoïque sur les bords du bandage; nouveaux tours de bande.

30 mars. On change le pansement sans toucher aux drains.

2 avril. On renouvelle le pansement; la réunion est complète au niveau des deux abcès du tronc. Le trajet qui venait

de la clavicule paraît recollé ; la suppuration est très peu abondante.

Au niveau de la onzième côte, la réunion est complète et immédiate ; on se contente de raccourcir les drains.

Au pied, les phénomènes observés sont les mêmes qu'aux deux autres régions. La température n'a jamais dépassé 38°.

L'état général est excellent. La malade sort complètement guérie le 19 mai.

Observation III

(Communiquée par M. le professeur Léon Tripier)

M. H..., docteur en médecine, quarante-six ans, a toujours joui d'une bonne santé. Fièvre typhoïde, en octobre 1880. Pendant la convalescence, M. H... éprouva des phénomènes de congestion pulmonaire qui motivèrent l'emploi de larges vésicatoires. Quinze jours après leur application, le malade ressentit une douleur très aiguë sous le mamelon droit. Alors il se produisit un gonflement ayant les dimensions de la paume de la main, sans trace de fluctuation. Vers le 15 mars, la douleur devient plus vive ; le gonflement augmente et la fluctuation est évidente quoique très profonde. Au bout de huit jours, il se fait spontanément une petite ouverture qui donne issue à quelques gouttes de pus ; ce dernier est crémeux, bien lié, louable en un mot. A trois mois de là, premier débridement, sur une longueur de six centimètres, dans le sens de la côte. Cette ouverture ne donna issue qu'à très peu de pus ; le malade, cependant, se sentit soulagé. Deux autres débridements furent faits, à cinq mois de distance. Durant ce laps de temps, injections avec la liqueur de Villate, la teinture d'iode, la solution de nitrate d'argent au 1/10. Douleur persistante en un point diamétralement opposé à la partie postérieure. Jamais il n'est

sorti ni os ni cartilage. Ce fut seulement après seize mois que M. H... prit le parti de venir à Lyon.

Actuellement, cicatrice de cinq centimètres environ, dans le sens transversal, avec deux prolongements verticaux, l'un en haut et en dedans, l'autre en bas et en dehors. A peu près au milieu de la cicatrice, il existe un orifice fistuleux par lequel s'écoule, chaque jour, une quantité assez notable de pus. En pressant en bas et en dehors, sur le cartilage de la septième côte, on provoque de la douleur et l'on fait sourdre, en même temps, un peu de pus. A l'aide d'un stylet recourbé introduit très obliquement en arrière et en dedans, on arrive sur la partie postérieure du cartilage de la septième côte. Si l'on fait pencher le même instrument verticalement, on arrive également sur la face externe du cartilage de la huitième côte.

Dans ces conditions, on n'hésite pas à proposer une intervention.

16 mai. Anesthésie avec l'éther. La région est successivement savonnée, rasée et lavée avec la solution forte. En se guidant sur la sonde cannelée, introduite obliquement en dedans, on fait une première incision dans ce sens. On donne encore quelques coups de bistouri et l'on arrive sur le bord supérieur du cartilage de la septième côte. Comme il existe des fongosités à sa face interne, dans l'étendue de deux centimètres et demi à trois centimètres, on se décide immédiatement à en pratiquer la résection. Revenant sur le bord supérieur, on fait de chaque côté et sur la face externe un débridement vertical du péri-chondre, au niveau du point où le cartilage est dénudé, en dedans. Décollement méthodique, qui est rendu très difficile vu l'extrême adhérence de la membrane d'enveloppe. Section incomplète du cartilage à cause du voisinage de la plèvre. On pratique l'extraction au moyen de la sonde-rugine passée en dessous.

La sonde cannelée est alors introduite verticalement en bas. Débridement dans ce sens. On a sous les yeux le cartilage commun à la huitième et à la neuvième côte, qui présente éga-

lement des fongosités à sa face postérieure. On se comporte de la même façon que précédemment. Toutefois, en examinant les parties extraites, on s'aperçoit qu'il existe des points jaunâtres sur la coupe du côté externe. Dès lors, on prolonge l'incision du périchondre dans ce sens, et l'on enlève tout, jusqu'à l'extrémité osseuse de la côte. Remontant en haut, on procède de la même façon pour l'extrémité externe du cartilage de la septième côte, que l'on avait cru primitivement pouvoir laisser dans la plaie. En outre, comme la partie antérieure des septième et huitième côtes présente des irrégularités (productions ostéophytiques), on agrandit la plaie en dehors et on décolle un peu le périoste, au niveau de l'extrémité des côtes en question; on en fait l'abrasion avec le davier-gouge de Nélaton. On fouille de nouveau tous les interstices de la plaie avec la sonde cannelée sans trouver aucun trajet. On évide soigneusement toutes les fongosités avec la curette, et après avoir tordu quelques petites artérioles, on termine par des lavages avec la solution faible. Contre-ouverture en bas et en dehors. Quatre drains. Suture aussi exacte que possible. Nouveaux lavages. Grande quantité de gaze froissée. Les doubles de Lister. Tours de bande de tarlatane trempée dans la solution faible. Coton benzoïque sur les bords du bandage, qui occupe toute la hauteur du tronc. Derniers tours de bande pour assujettir le tout.

17 mai. La température rectale, qui était de 39 9/10 le matin, est tombée à 38 8/10 le soir. On défait le pansement. La gaze froissée était imprégnée de sérosité roussâtre. Il n'y a pas de rétention. Dès lors, on ne touche pas aux drains. Lavages et pansement comme le jour de l'opération.

20 mai. Température rectale 37 9/10. Etat général satisfaisant. Très peu de sécrétion. On retire les drains qui sont remplis de caillots. Ils sont lavés dans la solution forte et on les remet en place. Pansement à l'ordinaire.

A dater de ce jour, la température est toujours restée au-dessous de 38°. A la fin du mois, tous les drains étaient enlevés, à l'exception du drain supérieur et de celui qui occupait la

contre-ouverture inférieure, par lequel il s'écoule également un peu de pus.

4 juin. La température est légèrement remontée. En outre, on trouve un peu de pus dans le pansement au point correspondant aux deux drains. Enfin, en comprimant au-dessus du drain inférieur, on fait sourdre un peu de sérosité trouble. Contre-ouverture à ce niveau. On place un nouveau drain.

13 juin. L'état est toujours le même; toutefois le point correspondant à la dernière contre-ouverture s'est affaissé, on introduit un stylet par chacune des deux autres ouvertures. En procédant par en haut, on n'arrive sur aucune côte. Au contraire, en pénétrant par l'ancienne contre-ouverture, on parvient à introduire l'instrument obliquement en haut et en dedans, et son extrémité arrive sur la face interne de la huitième côte. Ajoutons que les douleurs de l'épaule persistent et s'accusent dès que le malade est dans le décubitus dorsal. Cependant, on ne trouve rien du côté de la partie correspondante (côtes, omoplate, colonne vertébrale). Ne fût-ce que pour se rendre compte exactement de l'état des parties, et enlever au besoin la portion correspondante de la côte, on propose au malade de l'endormir de nouveau.

14 juin. Anesthésie avec l'éther. Précautions rigoureuses au point de vue de la désinfection. On introduit d'abord la sonde cannelée par l'ouverture inférieure et l'on se dirige sur elle pour couper les différentes couches jusqu'à la côte. On trouve à sa face interne des fongosités dans l'étendue de deux centimètres et demi à trois centimètres. Dès lors, on débride les tissus en dehors, et après avoir dénudé soigneusement le périoste, on sectionne la côte dans un point qui paraît sain; mais, en cherchant à voir s'il existe encore des trajets, on s'aperçoit que la sonde pénètre encore de deux centimètres environ en arrière de la même côte; on dénude de même le périoste qui n'est pas épaissi, si bien qu'on peut être assuré que l'os est sain, et on rugine encore la portion correspondante, d'où ablation de cinq centimètres environ de la huitième côte.

En bas, on rencontre le cartilage de la neuvième côte* qui est tellement ramolli qu'on peut l'enlever avec la curette. Revenant dans le centre de la plaie, on emporte avec les ciseaux des masses fibroïdes, grisâtres, qui paraissent impropres à la réunion. Enfin, on débride en dedans, pour régulariser la plaie, et l'on s'assure en même temps qu'il n'existe aucun décollement dans ce sens. Lavages. Quatre drains. Sutures. Nouveaux lavages. Pansement à l'ordinaire, mais très serré.

15 juin. La température rectale est seulement de 38 9/10. Le malade a été beaucoup moins fatigué que la première fois. On change le pansement sans toucher aux drains.

Dès le lendemain, la température diminuait progressivement, et le seizième jour on enlevait les deux derniers drains. Au dix-huitième jour, la cicatrisation était complète, sauf en haut, au niveau de la première fistule.

Aujourd'hui encore, 12 juillet, il existe un peu de suintement. Bâtonnets à l'iodoforme. Les douleurs que le malade ressentait dans l'épaule sont moins fortes et ne se montrent guère que dans la position horizontale.

(Vers le huitième jour, le malade accusait, dans le côté droit, une sensation particulière due à un frottement pleural, qui a été en augmentant pendant cinq ou six jours et qui, aujourd'hui, est de moins en moins marqué. Ce phénomène s'est manifesté sans augmentation de température et doit être mis sur le compte de la résection dans un point où la plèvre n'était pas épaissie.)

Observation IV

(Communiquée par M. le professeur Léon Tripier)

Joséphine S..., âgée de quarante ans, profession de ménagère, entre à l'hôpital le 30 mai 1882, dans la salle Sainte-Anne, n° 14 (service de la clinique chirurgicale). Cette malade

a eu six enfants ; sa dernière couche remonte à quatre mois, rien du côté de l'hérédité, pas d'antécédents pathologiques graves ; elle ne tousse pas et n'a jamais craché de sang.

Au mois d'avril 1881, la malade commence à sentir des douleurs dans le genou gauche, ce qui la faisait boîter. Au bout d'un mois les douleurs se déplacèrent pour se fixer définitivement dans la hanche. Au mois de novembre suivant il survint une tumeur au niveau des parties latérales et postérieures du thorax du même côté ; enfin, il y a deux mois, une nouvelle tumeur apparut au niveau de la racine de la cuisse en avant du trochanter du côté gauche. L'état général est assez bon, les règles sont régulières. Rien du côté de la plèvre ni des poumons.

1^{er} juin. On fait avec l'aspirateur une ponction de l'abcès de la cuisse ; il s'écoule 1/3 de litre de pus. Du côté de l'abcès costal on ne retire qu'un peu de pus mélangé à du sang. Quelques jours plus tard, le pus s'étant reformé au niveau de l'abcès de la cuisse, on endort la malade avec l'éther et après avoir pris toutes les précautions requises au point de vue de la désinfection du champ opératoire, on fait une large ouverture à la partie supérieure de la tumeur. Le pus avait suivi la gaine du muscle fascia-lata. Une fois dans le foyer, on trouve qu'il se prolonge en haut et en arrière du côté de la fesse. On fait une contre-ouverture à ce niveau et après l'avoir agrandie, on sent distinctement un séquestre qui occupe la partie antérieure de la grande échancrure ischiatique. Pour l'extraire, on est obligé d'employer le ciseau et le maillet. Ceci fait, on nettoie la cavité séquestrale avec la curette ; puis, revenant à celle de l'abcès, on détruit de la même façon la membrane pyogénique. Dernière contre-ouverture par en bas, lavages, 3 drains, deux plans de suture. Pansement antiseptique. Il ne se produit que très peu de réaction ; l'état général est excellent et la réunion s'opère par première intension.

Au 11 juillet, on procède à l'ouverture de la tumeur des parois costales. Elle a le volume de la moitié d'une orange, la fluctuation y est évidente. Légère douleur à la pression au ni-

veau de la septième côte, un peu en arrière de la tumeur. On sent à ce niveau une saillie très nette et, plus en avant, une dépression brusque. En outre, un peu avant d'opérer la malade, on perçoit très distinctement de la crépitation. Anesthésie avec le chloroforme. Précautions ordinaires, en ce qui concerne l'état de la peau. Incision de dix centimètres environ suivant l'axe de la côte qui paraît altérée. On est obligé de couper les fibres du muscle grand dorsal. On lie ou on tord au fur et à mesure les vaisseaux qui donnent. A l'ouverture de l'abcès il s'écoule une grande quantité de pus jaunâtre mêlé de masses fongueuses. Avec le doigt introduit dans le fond de la poche, on sent un séquestre mobile; toutefois il se trouve sur un plan plus profond que celui de la côte. De plus, il ne paraît pas comprendre toute l'épaisseur de la côte dans sa partie postérieure; autrement dit la partie externe de la côte à ce niveau, persiste et fait saillie en dehors. On cherche à le mobiliser sans le faire basculer, de peur de blesser la plèvre. On finit par l'extraire et l'on trouve qu'il a près de trois centimètres et demi, en comptant deux petits fragments isolés. Il paraît formé aux dépens de la table interne dans ses deux tiers postérieurs. Comme on serait obligé de faire une contre-ouverture pour empêcher la rétention des liquides, on préfère réséquer la portion saillante de la côte. Incision du périoste sur la partie externe. Décollement méthodique. Arrivé au point où doit être effectuée la section, débridements en haut et en bas. On poursuit la dénudation à la partie interne et l'on pratique la section avec de petites cisailles. On se serait contenté de cela; mais l'extrémité de l'autre fragment de la côte ne paraît pas intact. Dès lors, on procède de la même façon, mais seulement dans l'étendue de un centimètre environ.

On fait agir la curette avec précaution sur le fond du foyer et alors on sent très nettement des plaques osseuses de nouvelle formation qu'on se garde bien d'enlever. Revenant à la poche extérieure, on détruit de la même manière la membrane pyogénique. Contre-ouverture en avant. Lavages avec la solution

faible. Deux drains. Deux plans de suture. Nouveaux lavages pour s'assurer si les drains fonctionnent bien. Pansement à l'ordinaire, mais en employant une grande quantité de gaze froissée de façon à pouvoir comprimer énergiquement.

12 juillet. On enlève le pansement pour voir ce qui se passe ; le pansement n'a pas été traversé grâce à la couche épaisse de gaze froissée ; les drains sont en place, leur lumière est obstruée par des caillots, mais on se garde d'y toucher, car il n'y a pas de rétention, la température qui était normale hier, est seulement de 38° ce matin.

Au 13 juillet, la malade a dormi, la température n'a pas monté depuis la veille et l'état général est satisfaisant.

Observation V

(Communiquée par M. le professeur Ollier)

Claudine V..., cinquante-six ans, entre à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Pierre, lit n° 16, le 14 mars 1881.

Les antécédents héréditaires de cette malade sont assez obscurs. Ses parents paraissent s'être bien portés, ainsi que trois frères de la malade. Plusieurs frères ou sœurs sont morts en bas-âge ; la malade ne peut donner aucun renseignement utile sur la cause de leur mort. Cette femme est mariée, son mari se porte bien. Jamais d'enfant.

Personnellement, cette femme n'a jamais fait de maladie à proprement parler, mais elle a toujours été chétive, débile, à cause des privations qu'elle a subies. A la campagne, travaillant dans une fabrique, n'ayant pas toujours la nourriture suffisante, mangeant peu ou pas de viande, ne buvant pas de vin, cette malade nous présente, à son entrée dans nos salles, le type de la misère physiologique.

Elle entre pour un abcès froid de la région thoracique, à droite, au niveau de la partie moyenne de la neuvième côte.

Pendant longtemps elle a eu des douleurs dans ce côté, et, au mois de novembre, un abcès s'est ouvert spontanément, en avant du thorax, sous le sein droit.

La malade tousse.

18 mars 1881. Anesthésie de la malade. Ouverture de l'abcès au bistouri ; curage des fongosités de la poche de l'abcès ; le stylet tombe sur un point dénudé de la côte ; il y a là un point d'ostéite costale. On pratique alors une résection partielle, une échancrure de la côte. Toutes les précautions antiseptiques sont prises : pansement de Lister.

22 mars. Rien de particulier. La température redevient normale, l'écoulement des liquides se fait très bien. La malade va mieux comme état général. On continue son traitement tonique et fortifiant.

29 mars. La malade se plaint de douleurs au niveau de l'aiselle droite. A ce niveau, on constate la présence d'un gros ganglion fluctuant. On incise immédiatement.

Observation VI.

(Communiquée par M. le professeur Ollier)

Dans les derniers jours de septembre 1880, le nommé C... a remarqué que ses urines étaient très chargées. A partir du 1^{er} octobre suivant, il a perdu l'appétit, et, dans les premiers jours de ce même mois, il a senti ses forces l'abandonner complètement.

Le médecin, appelé, traite le malade pour une fièvre muqueuse.

Du 1^{er} octobre 1880 au 15 juin 1881, le sommeil a fait défaut et le malade a dû recourir pour dormir, tantôt au sirop de chloral,

tantôt à d'autres préparations, telles que des pilules opiacées ou des potions à l'eau de laurier-cerise, etc. Dans cet intervalle, le malade dit avoir eu trois rhumes, mais jamais il n'a vu ses crachats rouillés.

Vers le milieu de novembre, on lui ordonna un vésicatoire sur le côté droit ; à cette époque, son état a dû être assez grave, puisque son médecin pensa à une fièvre typhoïde. Quoi qu'il en soit, le lendemain du jour où il eut mis ce vésicatoire, il ressentit à gauche une douleur très intense ; ce serait donc environ au 15 novembre que remonterait la maladie de la côte gauche. Dans le courant de décembre, le malade entre en convalescence, et bientôt le côté n'est plus douloureux, l'appétit et les forces reviennent rapidement.

Mais le 3 janvier 1881, le malade fait une course par un temps de brouillard, et en rentrant chez lui, couvert d'une sueur abondante, il n'a pas le loisir de prendre du linge sec. Dès le lendemain, inappétence complète, en même temps qu'apparition d'une douleur affreuse siégeant au côté gauche, douleur qui se calme pour réapparaître le lendemain et bientôt tous les jours, surtout après les repas. Le malade mit un thapsia, puis un vésicatoire. Il lui arrivait parfois d'être obligé de marcher, pendant huit jours de suite, courbé en deux et penché sur le côté. En même temps, dit-il, il lui semblait que son côté était raide comme une planche. Quelques jours après, on s'aperçut de l'enflure de la région, et, jusqu'au mois d'avril, le malade se traita par des cataplasmes. A cette époque, on diagnostiqua l'abcès, dont l'ouverture fut pratiquée le 14 avril 1881.

Le malade prétend avoir pris froid pendant l'opération et eut un rhume intense. Depuis cette époque, il a constamment des sueurs abondantes, surtout la nuit et après les repas.

4 décembre. Une collection nouvelle s'est montrée depuis un jour ou deux à quatre ou cinq centimètres en dedans de la fistule. La fluctuation commence à se percevoir. Cet abcès ne se vide nullement par la fistule. L'état général du malade est

toujours à peu près le même : faiblesse assez grande, sueurs diurnes et nocturnes survenant très facilement à la moindre fatigue, au moindre effort.

8 décembre. Anesthésie à l'éther. On fait, avec les précautions antiseptiques, une incision cruciale au point fluctuant ; on dirige sa branche horizontale suivant la direction des cartilages costaux. On arrive ainsi dans un foyer purulent qui a décollé les parties molles en avant des cartilages. L'incision agrandie, on constate qu'un peu en avant de l'articulation chondro-sternale de la huitième côte, le cartilage est dénudé sur une petite étendue ; une fistule profonde passant à ce niveau, mais très étroite, fait communiquer la collection purulente extérieure avec la cavité intra-thoracique. Avec un bistouri boutonné, et tout près de l'articulation, on use le bord supérieur du cartilage et on enlève une petite portion semi-lunaire en ne laissant la continuité de l'organe que par son bord inférieur. Cette brèche permet de passer un drain transversal passant par là et par la fistule première au-dessous des parties molles de l'espace intercostal. On ne détruit ainsi qu'une très faible portion des insertions du grand droit. On déterge la cavité profonde, on met un point de suture sur les lèvres transversales de l'incision et on fait le pansement de Lister.

Observation VII

(Communiquée par M. le professeur Ollier)

Marie R..., 27 ans, domestique, entre à l'hôpital le 27 . mai 1882.

Père et mère encore vivants, en bonne santé, trois sœurs se portent très bien, un frère mort d'accident.

La malade a eu une bonne santé pendant l'enfance et l'adolescence. Pas de signe de scrofule jusqu'à l'âge de 20 ans, où elle eut une adénite suppurée des ganglions cervicaux dont elle porte encore deux cicatrices apparentes et profondes. L'abcès ganglionnaire fut ponctionné, mais il suppura après la ponction pendant trois mois.

En août 1881, à la suite d'un séjour prolongé dans une cuisine humide, la malade fut prise de douleurs très vives dans la jambe droite et dans la colonne vertébrale, à la région lombaire. La malade dut cesser tout travail et resta deux mois au lit ; on la traita par un vésicatoire et par des bains de vapeur. Actuellement on constate dans la fosse iliaque externe une glande dure, indolente, du volume d'un gros haricot. La malade ressent encore quelques douleurs à cet endroit lorsqu'elle prend certaines positions. Il y a cinq mois, la malade s'aperçut qu'au niveau de son ancien abcès ganglionnaire s'étaient formées de petites tumeurs dures, un peu sensibles à la pression, indolentes spontanément. Ces glandes qui depuis ont notablement augmenté de volume, occupent actuellement un espace de trois ou quatre centimètres de diamètre. Elles sont très dures. A la même époque la malade s'est aperçue que la mamelle gauche augmentait de volume. En même temps elle sentit au sternum, environ au niveau du cartilage de la cinquième côte gauche, une petite saillie douloureuse à la pression, peu douloureuse spontanément (aucune gêne dans l'inspiration). C'est du côté du sternum que l'affection a débuté, la malade est très affirmative à ce sujet ; puis la tumeur s'est étendue insensiblement, et progressivement a gagné la face externe de la glande. Actuellement on sent à la partie externe de la mamelle une tumeur dure et résistante de la grosseur d'un œuf. On sent de la fluctuation. Cette tumeur est indolente tant spontanément qu'à la pression. Peau nullement altérée, mamelon rétracté d'une façon très notable.

Enfin, sur la ligne médiane, au niveau de l'articulation chondro-sternale de la cinquième côte, un point douloureux à la

pression, mais indolent spontanément et aux mouvements du thorax.

25 mai. Ponction avec le Potain. Pus visqueux, couleur café au lait. Il en est sorti un verre environ. On institue un traitement au proto-iodure de fer et à l'huile de foie de morue.

31 mai. Opération. On fait tout d'abord une incision transversale, suivant le grand diamètre de la tumeur, qu'on ouvre largement ; il s'en écoule un pus peu épais, un peu floconneux, gris-jaunâtre. On constate que la cavité est tomenteuse, semble avoir une paroi propre ; on la dissèque et on l'enlève ; elle est à sa partie externe, adhérente à la glande.

La dissection se fait à ce niveau avec les ciseaux. La partie principale de la poche, ainsi enlevée, on incise son prolongement interne et on gratte avec la curette la paroi, qu'on ne peut enlever autrement, à cause de ses adhérences. Ce prolongement conduit jusque sur l'articulation chondro-sternale de la cinquième côte. A ce niveau, un prolongement profond s'enfonce dans le quatrième espace intercostal ; le stylet, en s'y enfonçant, rencontre le cartilage à nu, dont on voit très bien l'aspect un peu jaunâtre. On enlève au bistouri cette petite portion. On incise aussi deux prolongements, un supérieur, un inférieur ; il n'y a pas là de cavités proprement dites, mais seulement des amas, des nids de fongosités, qu'on gratte avec grand soin, ainsi que le prolongement profond. La plaie, bien détergée et drainée, les culs-de-sac des parties molles ouverts, on en suture la plus grande partie, en laissant les deux extrémités béantes. Pansement de Lister.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Il y a avantage, croyons-nous, à étudier séparément l'abcès et les lésions qui ont pu lui donner naissance.

L'abcès peut présenter des variations de volume, de siège, nous ne nous y arrêtons pas. Chez un de nos malades, il siégeait à la région dorso-lombaire ; chez un autre sur la face latérale du thorax. Au lieu d'un abcès on peut se trouver en présence de ses conséquences, d'une série de fistules, ce qui s'est présenté dans notre observation III. Le procédé de traitement adopté par M. le professeur Léon Tripier permet d'établir très-nettement l'anatomie pathologique de ces collections purulentes.

Après avoir ouvert un abcès de ce genre, on constate l'écoulement d'une certaine quantité de pus. Presque toujours la tension est considérable dans l'intérieur de la poche, le liquide jaillit à une certaine distance, si l'ouverture est étroite. Avec les dernières gouttes, arrive

une petite quantité de sang provenant, soit de la plaie, soit de la rupture des vaisseaux pariétaux brusquement décomprimés. Le pus qui s'écoule n'offre rien de bien spécial ; il a les caractères du pus de tous les abcès froids, il est fluide, mal lié, peu épais. Quand il s'est écoulé en grande partie, pour peu qu'on presse sur les parois, on amène l'issue de grumeaux blancs jaunâtres, ayant la consistance du beurre. Ce pus examiné au microscope n'a jamais révélé rien de particulier.

Dans les observations I, II et IV, quoique l'origine fut nettement osseuse, nous n'avons rien trouvé qui pût faire affirmer cette origine. C'est encore un caractère à rayer du diagnostic différentiel que M. Choné a voulu faire entre l'ostéite et la périostite externe. Les grumeaux écrasés entre deux lamelles de verre, paraissent formés par de nombreux globules de pus enserrés dans une gangue fibrineuse.

La paroi interne de l'abcès est tapissée par cette membrane pyogénique bien décrite depuis les travaux de Delpech et de Dupuytren. Nous n'insisterons pas sur les caractères macroscopiques que les travaux de ces chirurgiens ont bien mis en lumière. Son épaisseur est variable, elle atteignait près de cinq millimètres chez la malade de l'observation II. Elle a une coloration rouge-grisâtre ; sa surface est tomenteuse et irrégulière ; son adhérence avec les parties profondes est très-différente suivant les points. La curette l'enlève en fragments plus ou moins étendus, qui se pelotonnent sur eux-mêmes. La surface sous-jacente est très-vasculaire et donne une grande quantité de sang par le raclage.

L'examen microscopique de fragments de la mem-

brane pyogénique de la malade de l'observation II a été fait après durcissement dans l'acide picrique et la gomme, et coloration au carmin. Une coupe d'un de ces fragments montre une quantité considérable de cellules embryonnaires ; dans certains points, ces cellules sont comme condensées en une masse opaque, volumineuse, dont la coloration foncée tranche sur le beau rouge des parties voisines. Ces préparations sont absolument semblables à celles que fournissent certaines fongosités articulaires, ou la paroi des abcès froids tels que les a décrits Lannelongue. Il n'est guère possible de douter de la nature de ces produits et d'y voir autre chose que des follicules tuberculeux. Cet aspect se voyait nettement sur la membrane pyogénique retirée de l'abcès de l'observation II.

Si nous poursuivons l'examen de la cavité de l'abcès, nous ne tardons pas à reconnaître les lésions qui lui ont donné naissance. C'est ce qui est particulièrement intéressant. Sur un point de sa paroi profonde, on trouve un amas de quelques fongosités à coloration vineuse ou violacée. Ces fongosités paraissent faire hernie au travers d'un orifice peu étendu, percé sur le milieu d'un des espaces intercostaux. Au doigt, ce point paraît plus mou que les régions voisines ; on dirait qu'en arrière de la couche musculaire, la résistance est moindre que normalement. Dans nos deux cas I et II, le pertuis qui faisait communiquer l'abcès et les lésions costales n'avait pas plus de 4 à 5 millimètres de diamètre, il était situé dans l'espace intercostal, au dessous de la côte malade. Dans l'observation III, quoique la lésion ait été modifiée par sa longue durée et les interventions anté-

rieures, nous avons trouvé une disposition très analogue.

Si nous élargissons cet orifice de communication, nous ne tardons pas à voir que les fongosités forment un foyer d'une certaine étendue, au-dessous et en arrière de la côte. Les productions inflammatoires ont décollé le périoste à la face interne de l'os, elles ont plus ou moins envahi le tissu cellulaire sous-pleural vers son bord inférieur, et ce n'est qu'après avoir formé un premier foyer sous-pleural, qu'elles ont perforé l'espace intercostal et commencé le travail d'envahissement qui aboutit à la formation du grand abcès. D'après nos observations il semblerait donc que le point primitivement malade et le plus profondément atteint est la face interne de la côte ; le périoste se décolle, sur ce point il se produit des fongosités. Ces néoformations inflammatoires envahissent la face profonde du périoste, l'érodent en quelques points et pénètrent dans le tissu cellulaire sous-pleural. Le foyer qu'elles forment en ce point est peu considérable. L'espace intercostal ne tarde pas à être perforé et l'abcès superficiel se forme.

En réalité, les abcès des parois thoraciques d'origine osseuse sont des abcès en boutons de chemise. La tête du bouton est très petite par rapport au pied qui peut être énorme. Le foyer sous-pleural figure la tête, l'abcès lui-même le pied, la portion étranglée se rencontre au niveau de la perforation de l'espace intercostal.

Nous tenons à insister sur cette disposition des lésions plus marquées sur la face interne de la côte ; elle est grosse de conséquences au point de vue du diagnostic et du traitement. Comment affirmer qu'un abcès a pour

point de départ une périostite externe, maintenant que nous connaissons cette disposition ? Dans nos observations I et II, il eût fallu un hasard providentiel pour arriver à l'aide du stylet sur la lésion osseuse. L'abcès étant volumineux, irrégulier, quel espoir y a-t-il d'engager la pointe de l'instrument dans un orifice de 3 millimètres de diamètre situé on ne sait où, et dont le trajet perpendiculaire à la paroi ne sera jamais parallèle à la direction de votre stylet ? Nous avons vu ces orifices après raclage de la paroi de l'abcès, quand la membrane pyogénique existe encore : il doit être extrêmement difficile de les reconnaître. Les côtes n'étaient pas dénudées extérieurement et, nous le répétons, il faut, au point de vue de l'exploration, avec le stylet, professer l'opinion de Billroth à qui la connaissance de cas semblables faisait dire : « On pourrait se tromper, si l'on ne veut admettre de carie que là où la sonde aura découvert un os carié, car le trajet peut être tellement difficile qu'on ne puisse sentir l'os dénudé. »

Au point de vue du traitement, la connaissance de ces faits n'est pas moins importante. L'emploi des modificateurs locaux, injections iodées, des cautérisations, etc., etc. a été conseillé par les chirurgiens opposés à la résection. Il est bien évident que ces moyens n'ont aucune action sur la face interne des côtes. Pour qu'ils agissent il faudrait les mettre en contact avec les parties atteintes, et nous ne croyons pas qu'il y ait quelqu'un qui puisse soutenir que la résection soit plus dangereuse que l'introduction à l'aveugle, dans la couche sous-pleurale d'une substance plus ou moins irritante. Pour qui a vu ces décollements profonds du périoste sur la face

concave des côtes, les prolongements des fongosités envahissent irrégulièrement le tissu sous-pleural, il est aisé de comprendre que la curette seule sera impuissante, que la voie qui lui est ouverte est trop étroite, et que, en admettant comme suffisante l'abrasion complète des fongosités, jamais il ne sera possible d'aller à l'aventure enlever tout ce qui mérite de l'être.

On pourrait nous objecter que la périostite externe d'abord est devenue profonde peu à peu et que l'os n'a été atteint que secondairement. L'examen des pièces ne permet pas cette interprétation. Dans tous les points où les fongosités ne l'ont point perforé, le périoste est épaissi, fibreux, mais ne présente aucun autre caractère. La plus grande partie des fongosités siège entre l'os et sa face profonde. Quant à l'os lui-même, il offre, à l'œil nu, tous les signes de l'ostéite. Il paraît criblé par de nombreux orifices rougeâtres et contenant du sang. Sa surface est couverte par un piqueté irrégulier ; il est plus gris, plus sec qu'à l'ordinaire. Dans l'observation III, le cartilage costal était lui aussi altéré : au lieu d'être blanc et opaque, il était devenu grisâtre, sa surface était irrégulière, sa consistance très diminuée, il semblait dissocié.

Histologiquement, l'existence de l'ostéite et de la chondrite ne laisse place à aucun doute. L'os décalcifié et coloré au carmin offre des canalicules de Havers, dont le calibre est variable et généralement augmente de volume ; leur contour est irrégulier, les lamelles osseuses les plus internes sont rongées en certains points, il y a des sortes de nids taillés dans la substance osseuse et remplis de cellules embryonnaires vivement colorées par le carmin.

Le cartilage ne présente pas des lésions moins marquées. Les capsules sont très-volumineuses, les cellules qu'elles renferment contiennent des noyaux multiples ; la multiplication des éléments par segmentation des noyaux et des cellules est des plus évidentes. Certaines capsules sont vides, leur contenu a disparu. La substance fondamentale est dans quelques points creusée de petites vacuoles contenant des noyaux très-fortement colorés.

Dans aucun cas, nous n'avons trouvé des signes de pleurésie ; notre malade de l'observation III n'a présenté quelques frottements qu'après la deuxième intervention qui avait porté sur le tissu sain. Il est probable que le travail inflammatoire établi lentement ne détermine pas de réaction du côté de la plèvre.

Quant à la nature de ces lésions osseuses nous serons très-bref. Dans une de nos observations la lésion était consécutive à la fièvre typhoïde ; dans les autres, elle coïncidait avec des altérations profondes de l'état général. Cette jeune fille de l'observation II, présentant à la fois un mal vertébral, une arthrite de l'épaule avec abcès, une ostéite des os du pied et une carie costale, n'est-elle pas le type de ces malades en pleine déchéance physique et profondément atteints de tuberculose (1). Il est inutile d'insister plus longtemps sur cette question de la tuberculose osseuse admise par tout le monde aujourd-

(1) Nous en dirons autant de la malade de l'observation IV, qui épuisée par la misère, des grossesses multiples, un allaitement prolongé, présentait des ostéites du bassin et une lésion costale ayant abouti à la nécrose. Disons en passant que cette résection naturelle d'un os enflammé est toute en faveur du traitement que nous préconisons

d'hui. Disons simplement que si quelquefois la tuberculose anatomique ne correspond pas aux symptômes cliniques de l'infection tuberculeuse, ce ne sera pas dans les lésions costales que s'observera cette disjonction. Tous les chirurgiens ont insisté sur l'aspect cachectique, l'affaiblissement des individus porteurs d'abcès des parois thoraciques. Il n'y a pas une observation des médecins militaires qui ne vienne à l'appui de cette opinion. Dans quel milieu l'abcès est-il le plus fréquent ? dans l'armée, c'est-à-dire, dans une collectivité formée par de jeunes hommes de vingt à vingt-cinq ans, l'âge d'or de la tuberculose, dans une collectivité où la phthisie pulmonaire est d'une fréquence telle qu'en 1873, l'armée française, qui comptait 392,000 hommes présents, en a perdu 1,750 par les manifestations de la tuberculose pulmonaire (statistique médicale de l'armée, 1873), soit 4,47 0/0. Et c'est par l'influence de la tuberculose qu'il faut expliquer la fréquence énorme de la pleurésie et de l'abcès chez les mêmes malades, bien plus que par des relations anatomiques directes entre ces deux maladies.

TRAITEMENT

Deux idées nous guideront dans le traitement à instituer contre les abcès des parois thoraciques : ce sont, en premier lieu, la conviction que le plus grand nombre de ces abcès est dû à une affection osseuse, et, en second lieu, l'innocuité qui, grâce à la méthode antiseptique, permet des interventions chirurgicales considérées jusqu'à ce jour comme dangereuses.

Mais avant d'imposer la conduite à suivre, voyons ce que les chirurgiens ont fait jusqu'à présent.

Nous n'hésitons pas à dire que dans la plupart de ces cas le traitement n'a été que palliatif. On sait de quels dangers était, avant l'adoption de la méthode antiseptique, accompagnée la chirurgie des abcès froids. Leur ouverture au bistouri amenait rapidement une inflammation violente, avec réaction générale aboutissant à des manifestations septicémiques. Aussi chacun s'ingéniait-il à trouver un procédé qui mît à l'abri de ces com-

plications redoutables. Les uns les ouvraient avec les caustiques, pastilles de potasse, poudre de Vienne. Valette se servait à Lyon de son séton caustique, Marc-Antoine Petit faisait une ponction dans l'abcès avec un cautère très aigu et aspirait le liquide avec une ventouse, devançant ainsi l'idée de Dieulafoy. Puis survint le drainage avec les tubes (Chassaignac), dont Bell avait eu peut-être l'idée en se servant d'un séton de coton.

D'autres cherchant à modifier la paroi eurent recours aux injections modificatrices de teinture d'iode (Nélaton), de vin chaud (Dupuytren), etc.

Tous ces procédés ne sont que des palliatifs. Si l'abcès est un abcès né sur place sans foyer périostique ou osseux, de tels moyens réussiront peut être, mais si la suppuration est entretenue par la lésion d'un organe tel que l'os, on ne peut rien espérer d'aussi faibles ressources. Que voyons-nous dans les observations de M. Vesseaux, de M. Choné? Le malade du service de Richet est porteur d'un emplâtre de Vigo, qui ne paraît pas faire grand effet. Dans les cinq observations de M. Choné, l'ouverture des abcès par le bistouri, ou les caustiques, l'évacuation avec l'appareil de Potain, les injections d'iode ont-elles guéri un seul malade? Chez certains la maladie offre une ténacité désespérante et s'étend à une grande partie du thorax.

En présence d'un abcès de la paroi, le chirurgien ne peut tenir d'autre conduite que celle qui a si bien réussi dans les quatre cas que nous devons à M. Léon Tripier. Dans l'immense majorité des faits, un abcès de la paroi se compose de deux choses : 1° un amas de pus enfermé dans une membrane pyogénique ; 2° une lésion osseuse qui en est la cause.

Les indications sont donc : 1° de mettre l'abcès dans des conditions telles qu'il se cicatrise le plus rapidement possible ; 2° de faire disparaître la cause qui l'entretient.

Nous allons passer successivement en revue les différents rôles que doit jouer le praticien en face de ces deux lésions qui, quoique distinctes, sont liées dans la plupart des cas très intimement.

On s'entourera de toutes les précautions antiseptiques les plus rigoureuses. Il faut au préalable débarrasser les téguments de toutes les souillures qu'ils peuvent présenter, puis les laver avec une solution antiseptique. On s'est servi dans nos observations de la solution phénique à 5 o/o. Ceci fait, on pratique une incision sur la partie la plus élevée de la tuméfaction. Le pus se précipite au dehors. Un stylet, introduit dans la poche, permet d'en explorer l'étendue. Dans le point le plus déclive de la cavité (le malade étant horizontalement placé) on pratique une contre-ouverture destinée à assurer l'écoulement des liquides. A l'aide de la curette introduite par ces deux ouvertures, il est facile d'abaisser les parois de l'abcès et d'enlever cette membrane pyogénique qui n'est, dans la plupart des cas, qu'un néoplasme tuberculeux. Si vous jugez que la grandeur de la cavité, sa disposition anfractueuse, son irrégularité, nécessitent de nouvelles contre-ouvertures, n'hésitez pas à les pratiquer, l'absence de rétention est la première et la plus indispensable des conditions de succès de la méthode.

Quand la cavité de l'abcès ne fournit plus de pus, que la curette ne mord plus sur les tissus, il faut introduire

dans les diverses ouvertures la canule d'un irrigateur contenant une solution phéniquée faible, ou mieux une solution salicylique. Le lavage doit s'exercer sur tous les points de la paroi, dans tous les recoins de l'abcès. Obstruez à certains moments les contre-ouvertures, de telle sorte que le liquide remplisse la cavité et sorte en jaillissant, quand vous ouvrez de nouveau les issues. Le lavage n'est suffisant que lorsqu'il ne sort qu'un liquide clair, non mêlé à des corps solides, et n'ayant d'autre coloration que celle fournie par les quelques gouttes de sang qui peuvent y être mélangées. Dans chacun des orifices vous placez alors des drains atteignant les uns, le fond de la cavité, les autres se bornant à assurer les communications des drains entre eux. Vous suturez (avec du cat gut) les ouvertures que vous avez faites, de telle sorte qu'il ne subsiste qu'un orifice du calibre de vos drains. Jamais, avec ces précautions, la réunion immédiate n'a manqué. Vous ferez passer encore une fois du liquide pour vous assurer du bon fonctionnement de vos tubes et vous n'aurez qu'à procéder au pansement. C'est à proprement parler le traitement de l'abcès froid. Quelle que soit la région occupée par la collection purulente, quelle qu'ait été sa cause, c'est là un procédé de traitement général qu'on doit aux procédés antiseptiques. Aucun chirurgien n'est en droit de le repousser pour les abcès des parois du thorax. Supposons qu'il refuse notre interprétation sur la pathogénie de ces abcès, qu'il admette l'hygroma de M. Verneuil, la pleurésie antécédente de M. Leplat, la périostite externe de M. Gaujot, il n'aura aucune raison de négliger le moyen de traitement que nous proposons.

Comparez les résultats si rapides, si complets de nos trois observations, à ceux qui sont consignés dans les travaux de Leplat, Choné, etc.

L'expectation, les caustiques, les ponctions, les injections modificatrices n'ont, dans les faits les plus heureux, guéri l'abcès qu'après de longs mois. Dans nos trois cas, si graves, puisque les os étaient manifestement atteints, l'intervention a amené la guérison au bout de peu de jours.

Mais un des avantages les plus sérieux qu'offre cette manière d'agir à l'égard des abcès, c'est la possibilité d'en démêler facilement et la cause et la source. Par les larges et multiples incisions de la paroi de l'abcès, il est possible d'introduire non-seulement le stylet, mais les doigts. La cavité de l'abcès peut être explorée en tous sens, et il est presque impossible dans ces conditions qu'une lésion osseuse passe inaperçue.

Nous sommes certain que si cette pratique eût été en vigueur depuis longtemps, les divergences d'opinions que nous avons constatées au sujet de la pathogénie, ne se fussent pas produites. Dans la discussion des causes, nous avons reproché à M. Choné d'avoir examiné incomplètement ses malades ; la description anatomique nous a révélé les difficultés de cette exploration à l'aide du stylet seul ; avec les grandes incisions que nous préconisons on peut toucher et voir, et c'est là une immense supériorité ; c'est la possibilité d'une guérison radicale, au lieu d'une cure palliative.

Nous arrivons au deuxième acte du traitement. Que faire, en présence d'une lésion osseuse ?

Dans les quatre cas, M. Tripier n'a pas hésité à résé-

quer la portion malade ; le succès est venu prouver la valeur de cette intervention, qui, si nous nous en rapportons à ce qui s'est dit et écrit jusqu'alors, ne devrait être tentée que dans des cas désespérés.

Ainsi, Demarquay, qui avait posé très nettement les indications, comme on va en juger, hésite à s'attaquer aux côtes ; il faut, pour qu'il arrive à la résection, que la carie soit très profonde.

« On peut être amené, dit-il, à pratiquer la résection
« des côtes dans les circonstances suivantes : 1° dans
« le cas de corps étranger arrêté dans une côte ; 2° dans
« le cas de fractures de côte ; 3° dans le cas de carie ou
« de nécrose ; 4° dans le cas de cancer ou de tumeur des
« côtes.

« Pour la carie et la nécrose, ces deux affections,
« ajoute-t-il, ont souvent amené les chirurgiens à prati-
« quer la résection des côtes ; beaucoup d'auteurs an-
« ciens et modernes ont pratiqué cette opération ; pour
« mon compte, j'ai plusieurs fois réséqué des portions
« de côtes, ou des cartilages costaux, à la suite de la
« nécrose, que l'on observe si souvent, par exemple,
« quand on veut faire tomber une tumeur volumineuse
« du sein à l'aide des caustiques.

« Si je ne tenais compte, dit-il plus loin, que des faits
« que j'ai recueillis sur la matière, je serais autorisé à
« dire que la résection des côtes n'est point une opéra-
« tion grave, car je vois tous les opérés guéris. Mais,
« dans ce cas particulier, comme l'opération est déli-
« cate, les chirurgiens ont surtout publié les succès.
« Indépendamment des accidents inhérents à toute opé-
« ration sanglante, il en est deux qui sont, en quelque

« sorte, liés à cette résection ; c'est : 1° la blessure de
« l'artère intercostale, et 2° la lésion de la plèvre. Quant
« à l'hémorrhagie de l'artère intercostale, elle a tou-
« jours été arrêtée par une ligature convenable, quand
« elle s'est produite.

« Je vois, par les observations que j'ai analysées, que
« la plaie a été ouverte et que les malades ont guéri.
« On est en droit de se demander si les chirurgiens qui
« ont cru avoir ouvert la plèvre, n'ont pas ouvert une
« cavité circonscrite dans la cavité pleurale elle-même,
« car je ne puis admettre que la cavité pleurale soit ou-
« verte, sans qu'il en résulte immédiatement des acci-
« dents graves, à savoir la pénétration de l'air dans le
« côté correspondant de la poitrine, la rétractation du
« poumon, et toutes les conséquences, en un mot, des
« plaies pénétrantes de poitrine. Heureusement, la na-
« ture a paré, le plus souvent, au second inconvénient,
« en amenant du côté de la plèvre costale adhérente,
« un certain épaissement. »

Les objections qu'ont faites les chirurgiens à la résection des côtes sont la possibilité de blesser l'intercostale, la perforation de la plèvre, l'abaissement de la paroi après l'ablation d'une partie de sa charpente.

Nous ne voulons pas traiter de la résection des côtes d'une façon complète, ce serait sortir de notre plan ; nous voulons simplement présenter quelques réflexions à ce sujet.

Ces objections, qu'on trouvera répétées religieusement dans tous les livres classiques, sont beaucoup plus théoriques qu'appuyées sur des faits. Le type de l'objection traditionnelle et irréfléchie, c'est la lésion de l'artère

intercostale. Ce misérable vaisseau s'est, on ne sait pourquoi, fait attribuer une importance qu'il ne mérite à aucun point de vue. Aucun article sur les plaies pénétrantes de poitrine qui ne décrive avec soin tout ce qui se rapporte à sa blessure, et n'énumère les procédés de ligature, plus nombreux que les cas auxquels ils aient jamais pu être appliqués.

Quant à la lésion de l'intercostale pendant une résection des côtes, nous demandons qu'on nous en cite un cas, avant de nous effrayer de cette éventualité.

La perforation de la plèvre a-t-elle été produite bien souvent? Nous en doutons, surtout en voyant l'état de cette séreuse en rapport avec une côte enflammée. Presque toujours le tissu sous-pleural contient un diverticulum du foyer purulent qui éloigne d'autant la plèvre.

Le périoste est extrêmement épais, et il faudrait jouer de malheur pour arriver jusqu'à la séreuse pulmonaire. Admettons qu'elle soit intéressée, le fait serait-il grave?

On comprend que si la perforation est assez étendue pour laisser pénétrer du sang, du pus, il puisse survenir des complications; mais, généralement, l'ouverture accidentelle ne laissera passer que quelques bulles d'air, et le pneumothorax consécutif n'aura pas grande gravité.

Quant à la déformation par affaissement du thorax, nous y ajouterons peu d'importance. Nous ne croyons pas que la résection d'un fragment de quelques centimètres, pris sur une des deux côtes, puisse produire déformation.

Les côtes forment une charpente dont les travées multiples sont solidaires ; la disparition d'une ou de deux d'entre elles ne modifiera que bien peu la forme générale de l'édifice. En tout cas, simple désavantage pour l'esthétique, sans aucune influence sur les fonctions respiratoires.

Si les inconvénients imputés à la résection ne semblent pas très sérieux, nous voyons un réel danger à la pratique d'un autre genre de traitement.

Croyez-vous qu'il sera possible de guérir une ostéite, une tuberculose osseuse avec des modificateurs locaux, comme le veut Demarquay ?

A l'époque où ce genre de chirurgie était en honneur, grâce au danger de l'intervention sanglante, on voyait des trajets fistuleux persister des mois et des années, malgré les trochisques de minium, les injections de teinture d'iode, de liqueur de Vilate ou autres modificateurs plus ou moins nuisibles à l'état général, inactifs localement, et que la facilité de l'intervention a rejetés dans un oubli mérité.

Il serait illogique de revenir à ces pratiques surannées, pour les lésions des côtes. Un traitement de ce genre est douloureux pour le malade et a une durée indéfinie.

Depuis que Volkmann a introduit la curette dans l'arsenal chirurgical, cet instrument a été employé non-seulement au grattage des ulcérations, au curage des trajets fistuleux et des abcès, mais encore à l'abrasion des os enflammés et fongueux. Les côtes cariées ne seraient-elles pas justiciables de cet instrument ? La curette, très bonne dans les affections fongueuses des os du pied

ou de la main, permet d'évider ces os médullisés ; nous ne croyons pas qu'elle soit suffisante pour les côtes plus solides et plus compactes.

L'observation suivante , que nous devons à l'obligeance de M. Montaz, chirurgien de l'hôpital de Grenoble, est une preuve de ce que nous avançons.

Observation VIII

Un jeune homme de 15 ans entre à l'hôpital de Grenoble ; il présente l'habitus scrofuleux le plus prononcé. Il a plusieurs côtes cariées. Le thorax est criblé de fistules, le stylet, en suivant leur trajet, arrive à la surface des côtes dénudées.

On incise largement tous les trajets du côté droit ; les os malades sont mis complètement à nu. Les points cariés sont ruginés ; les fongosités des trajets fistuleux abrasées avec la curette. Lavage au chlorure de zinc. Malgré cette intervention et l'emploi consécutif de modificateurs locaux, tels que teinture d'iode, iodoforme, etc., le malade sortit de l'hôpital deux mois après, porteur de nombreux trajets fistuleux.

Les considérations qui précèdent nous amènent à préconiser la résection quand l'ouverture de l'abcès nous conduit sur une côte malade. Nous ne décrirons pas en détail le manuel opératoire qui est celui de toutes les résections des côtes. Il faut se souvenir que, nulle part, il n'est plus important de suivre la méthode sous-périostée, telle que l'a créée M. Ollier. Ces accidents, si redoutés de certains chirurgiens, tels que la lésion de l'intercostale, la perforation de la plèvre, seront évités d'autant plus sûrement que les instruments resteront plus exacte-

ment en contact avec la face interne du périoste. Il faut donc inciser le périoste sur la convexité de l'arc costal, parallèlement à la côte, et limiter par deux incisions perpendiculaires la quantité d'os qu'on croit devoir enlever ; puis le couteau-rugine détachera le périoste qui, très épais et enflammé, abandonne facilement la surface de l'os. Arrivé sur la face interne des côtes, il est nécessaire de redoubler d'attention ; la rugine peut alors devenir dangereuse et faire des échappées. Le décollement du périoste est complété avec la sonde-rugine d'Ollier ou celle de Blandin. Quand l'instrument contourne entièrement la côte, on introduit sur la face concave de la sonde une des lames d'une cisaille de Liston et on coupe l'os d'un seul coup. A l'aide d'un davier, il est possible de soulever le fragment et d'en poursuivre la dénudation jusqu'au point voulu. La section est alors complétée par un nouveau coup de cisaille. S'il reste quelques points suspects on peut les *gruger* avec le davier-gouge de Nélaton.

Un point difficile parfois à préciser, c'est l'étendue à donner au fragment à réséquer. Dans les cas de tuberculose, le foyer est généralement assez bien délimité et l'hésitation n'est guère possible. Mais, chez certains malades, comme celui de notre observation III, la question peut se poser et se résoudre même difficilement. Une règle à observer consiste à ne jamais empiéter sur les tissus complètement sains et que n'entourent pas des produits inflammatoires. Il paraît que cela ne suffit pas toujours, puisque le malade de l'observation III n'a guéri qu'après que cette loi eut été transgressée.

Quand tout ce qui semble malade a été enlevé, il faut

fermer la plaie et la drainer. Il sera procédé comme nous l'avons dit pour l'abcès. L'orifice extérieur sera réduit par des sutures au calibre du drain qui plongera jusqu'au fond du foyer de la résection. Nous n'avons pas besoin de dire que, la plupart du temps, l'incision de la résection ne sera qu'une des ouvertures de l'abcès.

Quant aux résultats que produit ce traitement, nous renvoyons aux détails des observations I, II, III et IV. Ce sont les seuls malades que M. Tripier ait eu à traiter cette année et tous ont présenté les mêmes phénomènes de réunion rapide et sans atteinte à l'état général.

Nous résumerons le traitement que nous avons préconisé de cette manière : En présence d'un abcès froid des parois du thorax, il faut ouvrir l'abcès, réséquer les portions osseuses altérées qui lui auront donné naissance et appliquer le traitement par la méthode antiseptique.

CONCLUSIONS

I. — L'existence d'une périostite externe n'est rien moins que prouvée.

II. — Les lésions ostéo-périostiques des côtes paraissent être, dans le plus grand nombre des cas, la cause des abcès froids de la paroi.

III. — La tuberculose osseuse doit fréquemment atteindre les côtes.

IV. — La nature de l'affection, la sécurité due à la méthode antiseptique, doivent imposer comme traitement les larges et multiples ouvertures des abcès et la résection des côtes qu'on trouve altérées.

QUESTIONS

Sur les diverses branches des sciences médicales

Anatomie générale et histologie. — Des épithéliums et de leurs variétés.

Physiologie. — Lymphes. Circulation lymphatique.

Physique. — Théorie des sensations auditives et des phénomènes acoustiques qui prennent naissance dans l'organisme humain.

Chimie. — Composés oxygénés et sulfures. De l'antimoine.

Zoologie et Anatomie comparée. — Du *tænia medio-canellata*. Ses transformations et ses migrations.

Matière médicale et botanique. — Décrire les diverses sortes de gommes. — Ovaire. Sa nature, ses parties, sa position par rapport aux autres organes de la fleur.

Pathologie externe. — Des abcès par congestion.

Pathologie interne. — Thrombose et embolie.

Thérapeutique. — Éther sulfurique.

Hygiène. — Du mal des montagnes et du mal des aëronotes.

Accouchements. — Antéversion et antéflexion de l'utérus pendant le travail.

Pathologie générale. — De la contagion et de l'infection.

Ophthalmologie. — Des lésions anatomiques de la scléro-choroïdite postérieure.

Médecine opératoire. — Des indications et des contre-indications des amputations en général.

Anatomie. — De l'oreille moyenne.

Maladies cutanées et syphilitiques. — De la stomatite mercurielle.

Anatomie pathologique. — Des lésions dites tuberculeuses.

Médecine légale. — Distinguer les blessures faites pendant la vie de celles qui ont été produites après la mort.

Médecine expérimentale et comparée. — Comparaison de la septicémie chirurgicale, et des maladies analogues produites expérimentalement chez les animaux.

Cliniques médicales. — Des terminaisons des pneumonies. Valeur clinique des bruits de souffle extra-cardiaques.

Cliniques chirurgicales. — De l'ablation sous-périostée du calcaneum ; indications et résultats au point de vue du fonctionnement du pied. Des plaies pénétrantes de poitrine.

Vu et permis d'imprimer :

LE PROFESSEUR-PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
LÉON TRIPIER.

Vu bon à imprimer :

LE DOYEN,
LORTET.

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR,
EM. CHARLES.

